ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

TOME CINQUIÈME (2me SÉRIE.)

MAI 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

5me LIVRAISON. — MAI 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

BULLETIN MEDICAL BELGE.

N° 5. — MAI 1836.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

——

Réflexions et observations sur la fièvre intermittente, présentées à la Société; par le Dr Ch. Van Mons, membre résidant.

La maladie qui a le plus régné, et sans interruption, à l'hôpital Saint-Pierre, depuis une année, est la fièvre intermittente. Cette affection dont la cure n'est pas toujours heureuse quand on est obligé de traiter le malade à domicile, c'est-à-dire au milieu du foyer qui lui a donné naissance, n'a jamais résisté aux moyens qui ont été employés à l'hôpital. Et cependant un grand nombre de malades atteints de cette affection ont été reçus et plusieurs d'entre eux étaient dévorés de la fièvre depuis cinq ou six mois. Tous avaient subi un ou plusieurs traitemens. Est-ce au changement de localité que l'on doit faire honneur de cette constance remarquable dans les succès, ou le traitement mis en usage y a-t-il été pour quelque chose? Il serait d'abord inexact de dire, que les malades qui ont été transportés à l'hôpital Saint-Pierre passaient d'un foyer infecté dans un lieu sain, puisque, depuis un an, nous avons vu constamment la fièvre intermittente, ou bien compliquer les affections continues qui y étaient traitées, ou bien attaquer des individus en convalescence, qui y étaient entrés pour d'autres maladies. Plusieurs personnes attachées à l'établissement en ont également souffert et nous possédons encore actuellement dans nos salles une des infirmières qui en est atteinte pour la seconde fois. Mais si les miasmes ou les autres agens favorables au développement de la fièvre intermittente ont été assez intenses à l'hôpital St.-Pierre, pour y provoquer la maladie chez des individus sains ou malades, il est indubitable qu'ils ont dû être assez puissans pour l'y entretenir. Il est donc possible que le traitement ait contribué aux succès obtenus. C'est moins le moyen mis en usage que la manière dont il a été administré, qui nous a semblé expliquer les avantages obtenus. La première prescription est ordinairement pour les adultes de 16 grains de sulfate de quinine, en 4 doses, à prendre d'heure en heure, de manière a ce que la dernière dose soit prise deux heures avant l'invasion de la fièvre; on donne ensuite de la même manière, mais en trois doses avant les accès suivans, 12, puis 8, puis 6, puis 4 grains de sulfate de quinine et on en reste là.

Fièvre intermittente pernicieuse tierce; sulfate de quinine à haute dose; guérison.

Joséphine Greuse, âgée de 20 ans, fortement constituée, entre à l'hôpital le 23 avril 1835. Les personnes qui l'accompagnent font remonter sa maladie à six jours, rapportent qu'elle a la fièvre de deux en deux jours; que pendant l'accès elle perd toute connaissance, est dans un délire continuel, et qu'après l'accès elle se plaint d'une douleur atroce à la tête. 30 grains de sulfate de quinine furent administrés par paquets de 5 grains quelques heures avant le retour de l'accès; il n'eut pas lieu, mais 3 heures après l'époque où il aurait dû se réproduire, la face devint brûlante, vultueuse, les yeux rouges, injectés, et une douleur de tête affreuse se manifesta; des sangsues furent appliquées derrière les oreilles et tout rentra insensiblement dans l'état normal. Avant l'accès suivant, 20 grains de sulfate de quinine furent administrés de la même manière; ce mal de tête fut encore très-violent, mais sans traces de congestion sanguine. Le remède fut continué à doses successivement moindres; mais à partir de ce dernier accès aucun phénomène ne se reproduisit plus.

De la Phloridzine et de son utilité dans les fièvres intermittentes.

Les fièvres intermittentes ne sont pas des affections difficiles à guérir. Parmi celles qui sont ordinaires ou bénignes, il en est plusieurs qui guérissent d'elles-mêmes, c'est-à-dire, sans que l'art leur ait opposé aucun des moyens qui sont en sa puissance. Les autres ne résistent pas aux différens moyens que nous possédons pour les combattre. Le quinquina, le sulfate de quinine, la salicine, l'ilicine, l'olivier d'Europe, le piperin, le sous-carbonate de fer, l'hydro-ferro-cyanate de fer, la thridace, la belladone, la potion de Peyson, l'arsenic ont compté tour à tour de nombreux succès. Aussi la plupart des chimistes et des médecins ne s'appliquent-ils plus aujourd'hui qu'à trouver des substances indigènes capables de remplacer le sulfate de quinine dont le prix n'est pas à la portée de toutes les fortunes. C'est à des recherches de ce genre, que nous devons la phloridzine, qui a été trouvée en quantité notable dans l'écorce récente des racines de poirier et de pommier.

On découpe l'écorce et on la fait bouillir avec de l'eau. On passe bouillant; par le refroidissement, il se dépose des cristaux mi-opaques, informes. On en sature de l'eau bouillante, on y ajoute du charbon animal. On filtre et on fait cristalliser. On sature de ces cristaux de l'eau également bouillante, on filtre et on laisse refroidir dans du sable chaud. En laissant refroidir lentement on obtient des cristaux longs, transparens et blancs. C'est la phloridzine pure. Ce principe soluble dans l'eau chaude, l'est à peine dans l'eau froide. Sa saveur est amarescente et rappelle celle d'une infusion faible et faite à froid de quinquina. Elle est inaltérable à l'air; se laisse reduire en poudre fine, est fusible au feu sans perte d'eau et sublimable. Sa sublimation est de l'acide benzoïque. A 100° il laisse échapper 1 1/2 atome d'eau; à 108° il se fond, et à 177° il bout. Ses élémens se composent de 7 atomes ou 84 de carbone et 9 atomes ou 81 de principes de l'eau. La phloridzine s'administre à l'hôpital de la même manière que le sulfate de quinine. 16 grains quelques heures avant le 1er accès, 12 grains avant le second, 6 avant le 3e et 4 avant le 4e. Dans les quatre cas que nous rapportons l'accès ne s'est plus renouvelé après l'administration des 16 premiers grains.

Ire Observation. — *Fièvre intermittente tierce durant depuis 6 mois traitée par la phloridzine. — Guérison.*

André Bruno, âgé de 16 ans, imprimeur de coton, entre à l'hôpital Saint-Pierre, le 17 avril 1835, atteint de fièvre intermittente tierce, qui durait depuis sept mois. Pendant ce temps il a pris le sulfate de quinine à plusieurs reprises, mais sans succès; on lui donne la première fois 15 grains de phloridzine en trois doses, la 2e fois gr. xij et la 3e fois vij; on aurait désiré lui en donner encore à deux reprises, mais l'échantillon de phloridzine étant épuisé, on dut se borner à cette faible dose. Malgré cela, la fièvre a cédé à la première dose de gr. xv; les deux autres prescriptions n'ont été faites que pour assurer le succès de la 1re jusqu'à la sortie de Bruno de l'hôpital; il n'a plus eu d'accès et nous ne l'avons pas revu depuis.

IIe Observation. — *Fièvre intermittente quotidienne traitée par la phloridzine. — Guérison.*

La nommée Louise de Patter, âgée de 16 ans, atteinte de fièvre intermittente quotidienne depuis 6 semaines, entre à l'hôpital le 19 mai 1835. Elle prend dans la soirée du 19, gr. xvj de phloridzine en trois doses et d'heure en heure, pour agir contre l'accès qui devait survenir peu après minuit. L'accès n'a pas lieu. La malade prend encore successivement 12 gr. 8 gr. et 6 gr. avant les accès qui auraient dû suivre, et sort ensuite quelques jours après la dernière prise.

IIIe Observation. — *Fièvre intermittente quotidienne traitée par la phloridzine. — Guérison.*

Caroline Dekers, âgée de 56 ans, se présente à l'hôpital le 29 avril 1835, pour y être traitée d'une fièvre intermittente quotidienne qui la tourmentait depuis 27 jours. Afin de prévenir le premier accès qu'elle aurait dû avoir à l'hôpital, on lui donna gr. xvj de phloridzine. L'accès n'eut pas lieu, mais elle ressentait, comme beaucoup de malades dans le même cas, de la chaleur à l'épigastre et un peu de migraine.

Les jours suivans on lui continue l'usage de la phloridzine de la manière accoutumée, et les accès n'ont plus reparu. Il lui était resté de sa fièvre un peu d'infiltration des membres inférieurs, qui s'est dissipée par les diurétiques. Cette femme est sortie le 4 mai suivant.

IVe Observation. — *Fièvre intermittente quotidienne traitée par la phloridzine. — Guérison.*

Henri Verschueren, âgé de 49 ans, entre à l'hôpital le 22 mai, avec une fièvre intermittente quotidienne. Il prend la phloridzine à la dose de gr. xvj, gr. vij, gr. viij et sort guéri le 29 suivant, chez lui aussi l'accès n'a plus reparu après les premiers gr. xvj.

L'échantillon étant épuisé, la série d'essais a dû s'interrompre ici, pour le reprendre lorsqu'on nous aura mis à même de continuer les expériences.

Réflexions sur l'entorse et ses suites; par le docteur Seutin, membre résidant.

La légèreté avec laquelle les praticiens traitent ordinairement l'entorse, jointe à l'exercice prématuré auquel se livrent les malades, amènent souvent des accidens consécutifs d'une gravité telle qu'ils nécessitent quelquefois l'amputation d'un membre et compromettent même la vie du malade.

Toutes les articulations sont susceptibles d'éprouver l'entorse, mais celle du pied, à cause de sa situation et de ses usages est, comme l'on sait, la plus fréquente.

L'entorse peut occasionner la distension ou la rupture des ligamens d'une articulation, elle entraîne presque toujours l'inflammation des parties environnantes, comme la membrane synoviale, les fibro-cartilages, etc. Si on néglige de la combattre par les saignées générales et locales, selon les indications exigées par la constitution plus ou moins pléthorique du sujet, par l'application des réfrigérans sur l'articulation affectée et par la compression modérée, mais totale de la partie, il est à craindre qu'elle ne se termine par la suppuration, l'exfoliation des ligamens ou la nécrose des surfaces articulaires.

Lorsqu'une entorse a lieu chez un individu affecté de scorbut ou de syphilis, les accidens que je viens de signaler arrivent très-fréquemment et il est nécessaire de traiter ces affections primitives par les médications spécifiques sanctionnées par l'expérience, afin d'annihiler le virus, si je puis m'exprimer ainsi, et de détourner son action sur la partie malade.

Il est donc d'une urgente nécessité de tenir les malades dans un repos absolu jusqu'à ce que la résolution, qui a lieu en quelques semaines, soit complète, et, lorsqu'on y est parvenu, de ne permettre que des mouvemens modérés dans le commencement.

L'observation suivante démontre l'importance de ces préceptes, que les praticiens ne devraient jamais perdre de vue, et à quels accidens graves le malade est exposé s'il fait un usage prématuré du membre affecté, comme il n'arrive que trop souvent, trompé qu'il est par l'apparence trompeuse de la légèreté du mal.

Entorse de pied suivie de phlébite générale et de nécrose du tibia.

Le nommé Raes, Fréderic, âgé de 8 ans, d'une constitution faible, entre à l'hôpital Saint-Pierre, le 9 février 1835.

Cet enfant était atteint depuis quelques jours d'une entorse du pied gauche; des moyens appropriés à l'affection furent mis en usage, mais elle était déjà trop ancienne, et les parties environnant l'articulation trop malades, pour céder à leur action; aussi des abcès ne tardèrent-ils pas à se développer à la jambe, les veines s'enflammèrent et le malade fut atteint d'anasarque; cette dernière affection disparut complétement sous l'influence du calomel. Les organes respiratoires furent également affectés; le malade présentait tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie aiguë, qui fut combattue par un traitement approprié.

Une des ouvertures que l'on avait pratiquées à la jambe pour donner issue au pus, laissait voir dans son fond le tibia à nu, qui ne tarda pas à se nécroser. La partie malade était le siége d'une suppuration abondante, qui conduisit le petit malade, dont l'affaiblissement et la maigreur étaient portés à un haut degré, dans un état de marasme complet. Enfin le 22 mai, on fit l'extraction d'un séquestre, formé par l'extrémité supérieure du tibia, long de trois pouces, et offrant toute l'épaisseur de ce dernier os. Le malade succomba peu de temps après, dans un état d'épuisement extrême.

L'état défavorable dans lequel cet enfant s'était constamment trouvé, s'opposait à ce qu'on eut recours à l'amputation de la cuisse, car, épuisé par une suppuration abondante et par de longues souffrances, atteint d'une phlébite générale et d'une affection de poitrine, il n'y avait certainement pas lieu à recourir à ce moyen extrême qui n'offrait aucune chance de succès.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, on trouva le cartilage articulaire de l'extrémité supérieure du tibia altéré, ainsi que l'extrémité inférieure du fémur et la capsule articulaire. La veine crurale était oblitérée vers la partie supérieure de la cuisse, et contenait çà et là une matière puriforme. L'articulation tibio-astragalienne engorgée, les ligamens épaissis et entourés de lymphe coagulée. Des adhérences s'étaient établies entre les deux feuillets de la plèvre.

Cette observation est bien propre à appeler l'attention des praticiens sur les inconvéniens qui peuvent résulter de la négligence que l'on apporte souvent dans le traitement de l'entorse. Certes, si l'on avait tenu cet enfant dans un repos complet, en prévenant les parens de l'importance de ce moyen, ils n'auraient peut-être pas eu à déplorer sa perte. J'ajouterai que j'ai vu dans maintes circonstances des engorgemens chroniques et douloureux des articulations, des ankyloses complètes survenir parce qu'on avait négligé dans le principe d'interdire la marche et de diriger convenablement le traitement de l'entorse.

Lettre à un médecin sur le typhus; par le Dr Canstatt.

Mon cher confrère,

Vous souvient-il encore du temps, où, mus par le même zèle d'étudier la nature des maladies au lit des malades, nous nous rencontrâmes la première fois dans les hôpitaux? Combien ne fûmes-nous pas heureux alors, au milieu de la contemplation des misères humaines, de nous communiquer l'un à l'autre, par quelques mots rapidement échangés, les réflexions que la lecture de ce grand livre de la nature faisait naître en nous!! Un seul regard, dans lequel nos yeux se rencontraient, suffisait quelquefois pour exprimer tantôt notre désolation sur l'insuffisance de l'art, tantôt la joie que nous éprouvions l'un et l'autre lorsqu'il triomphait de la maladie. Après avoir parcouru toutes les salles d'un vaste hôpital, nous en sortions ensemble, emportant avec nous un riche recueil d'observations. L'échange mutuel de nos idées ne tarda pas à féconder les fruits de l'expérience. Je sens mon cœur s'épanouir à ce souvenir, je ne me rappelle pas d'époque qui fût plus instructive pour moi. La vie pratique nous a séparés depuis; chacun de nous poursuit de son côté, sa carrière et l'imagination seule peut dissiper quelquefois l'ennui de notre position en nous reportant à l'époque vivifiante de cet âge de jeunesse. Je ne saurais pourtant m'habituer à l'idée de vieillir; je sens le besoin pressant de renouveler et de raffraîchir des rapports qui firent autrefois de la science une source de bonheur pour moi et j'éprouve le désir irrésistible de retrouver l'ancien ami de la clinique, d'échanger avec lui les idées suggérées par l'observation attentive des malades. Voilà ce qui m'engage à prendre la plume; c'est à elle de servir d'intermédiaire entre deux esprits qui, en dépit de la distance qui les sépare, voudraient se rencontrer afin de s'éclairer mutuellement par l'alliance des lumières qui ne peuvent être le partage d'un seul.

En voilà assez pour l'introduction; entrons en matière. J'ai plusieurs raisons d'en aborder de suite une fort grave, je veux parler du typhus. Ne fut-ce pas cette affection sur laquelle, dans le temps de nos études cliniques, nos discussions nous ramenèrent bien des fois? Je me souviens encore avec quelle avidité nous écoutions les paroles des professeurs les plus expérimen-

tés, pour y trouver les lumières propres à jeter du jour dans les ténèbres qui semblaient environner ce fantôme. Vous vous rappellerez, mon digne ami, du peu de satisfaction que nous éprouvâmes en rapprochant ces paroles qui, quelquefois sonnèrent assez haut, de l'air d'embarras qui se peignait sur la figure de ces médecins trempés d'expérience au moment où un malade présentant les symptômes de cette affection insidieuse implorait le secours de leur art, lorsque nous les voyions tâtonner, eux que nous croyions, un moment avant, armés de pied-en-cap et prêts à écraser l'ennemi, balancer entre les méthodes les plus opposées de traitement. Combien des fois ne nous sommes-nous pas plaints l'un à l'autre, de ce même vague que nous rencontrions par rapport au typhus et dans les salles de clinique et dans les ouvrages qui traitent de cette affection? Nous aspirions à trouver quelque chose de positif, n'importe de quel côté on nous l'offrirait. Arrive M. Broussais, l'illustre fondateur de la doctrine physiologique; la pierre divine semble être trouvée; nous embrassons avec ardeur des idées qui nous paraissent être neuves, parce qu'elles sont proclamées avec des phrases sonores, empreintes d'enthousiasme et de vigueur de jeunesse; qui nous paraissent être vraies et justes, parce qu'elles sont simples. Mais hélas! ces momens heureux d'illusion s'évanouissent aussitôt que nous passons à l'application des principes du professeur du Val-de-Grace à nos malades; il en est qui guérissent par la méthode antiphlogistique, pas de doute; mais ce mode de traitement ne change en rien les chiffres de la mortalité et le typhus ne fait pas moins de ravages aujourd'hui qu'il ne faisait avant l'empire du système de Broussais! En ce moment, la Société de médecine de Paris met peut-être bien des plumes et bien des esprits en mouvement, qui s'efforcent de répondre à l'appel qu'elle leur a fait en posant une question de prix sur le même sujet. Je forme de tout mon cœur des vœux pour que le noble but de cette Société soit couronné de succès, et que des hommes, doués de facultés extraordinaires, viennent débrouiller le chaos et dissiper l'incertitude mortelle qui nous désole au lit des malades atteints d'affections typhoïdes.

Vous me connaissez assez de modestie j'espère, mon honorable ami, pour comprendre que je ne prétends pas tenter la solution de pareils problêmes. Cependant le sujet est plein d'intérêt pour moi (et pour quel médecin ne le serait-t-il pas?). J'y reviens toujours de nouveau, dès qu'un malade, atteint de cette affection obscure se présente dans ma pratique; et à force d'observations, de réflexions et d'études motivées par l'actualité des cas, je me suis formé un ensemble d'idées concernant cette partie de la pathologie, que je me sens enclin de soumettre à votre jugement impartial et éclairé.

Quand est-ce que l'idée de l'existence d'une affection dite *typhoïde*, ou ce que les anciens appelèrent *febris nervosa* me vient à l'esprit? Voilà la première question que je m'adresse. Mon expérience répond à cela, que c'est un cortège particulier d'un certain nombre de symptômes, dont l'apparition me met sur mes gardes et excite en moi la crainte d'avoir affaire à cet ennemi redouté. Résumons en peu de mots les principaux de ces symptômes; ce sont: une prostration extraordinaire, réelle ou apparente des forces vitales, embarras du cerveau, précurseurs du délire ou délire effectif, sécheresse excessive de la langue, qui, ainsi que l'intérieur du nez et la surface des dents se trouve couverte d'un enduit fuligineux et noir, inconstance dans les pulsations des artères, chaleur ardente de la peau. Tels sont ordinairement, indépendamment de tout signe qui indique quelque affection locale des viscères abdominaux, les phénomènes qui motivent le diagnostic d'une affection typhoïde. Ai-je besoin de vous exposer, en professeur, les mille et mille modifications que ces traits du tableau subissent selon la diversité des cas et même selon les diverses époques de la maladie? Je vous épargne la leçon. L'observateur a affaire à des symptômes, ce n'est que par ces derniers que se manifeste le travail morbide; ce n'est qu'en appréciant les symptômes que nous pouvons nous former une idée de la nature de cette action. Voilà des vérités tellement connues et répétées qu'elles sont devenues, pour ainsi dire, banales. Mais les symptômes énumérés ci-dessus, et caractérisant ce qu'on appelle communément une affection typhoïde, sont-ils propres à nous donner une idée d'un travail morbide de nature spécifique, qui se passe dans l'économie? Ces symptômes nous mettent-ils sur les traces d'indications certaines à suivre par rapport au traitement? En donnant à une affection l'épithète de *typhoïde*, attachons-nous à ce mot des notions claires et précises, qui nous préservent de toute erreur dans les mesures thérapeutiques que nous devons adopter? Malheureusement nous ne pouvons répondre affirmativement à ces questions, comme le font les partisans de certains systèmes, qui se contentent, les uns, à prendre les symptômes typhoïdes invariablement pour l'expression d'un anéantissement des forces vitales, auquel il faut subvenir par un appareil polypharmaque de cordiaux, de stimulans et de toniques; les autres à ne voir dans ces phénomènes que les signes infaillibles d'une phlegmasie des voies gastro-intestinales ou des centres nerveux, et qui ne connaissent, par conséquent, rien de plus simple que de traiter ce genre d'affections! De pareilles théories tendant à simplifier des questions difficiles, sont peu en harmonie avec ce que l'observation nous montre journellement. Il vous sera arrivé, mon ami, la même chose qu'à moi, savoir: qu'en vous approchant imbu de ces idées apparemment si simples et si faciles, du lit de votre malade, vous vous trouviez confus devant les faits complexes que l'action morbide de la nature vous avait préparés.

Les faits ne s'accordant pas avec les théories, je ne pouvais faire mieux que de renoncer à ces dernières et de m'attacher à l'observation scrupuleuse des premiers. Je ne tardai pas à m'apercevoir que les symptômes qui étaient identiques quant à leur apparence extérieure, ne devaient pas toujours leur origine au même état morbide; que ce qui paraissait simple au dehors était en effet le reflet superficiel d'une diversité d'affections internes.

Je m'étendrais trop, mon ami, si je voulais poursuivre la méthode analytique de mon récit et développer devant vous les résultats de mes observations dans le même ordre suivant lequel ils se sont formés successivement dans mon esprit. Après vous avoir dit par quelle voie je suis arrivé à ces résultats, permettez-moi de me servir dès à présent d'une forme plus positive et synthétique pour vous exposer succinctement mes idées à ce sujet.

Je dirai en passant, qu'afin de ne pas tomber dans des réticences et pour abréger cette lettre autant que possible, je parlerai dans ce qui suit, toujours collectivement des *symptômes typhoïdes*, et par là je comprendrai toutes les fois l'ensemble des phénomènes déjà énumérés.

Nous ne vivons plus dans les temps des *fièvres essentielles;* elles ont disparu pour toujours de la scène, et si Broussais est dans le droit de revendiquer à lui seul le mérite d'avoir opéré cette réforme en pathologie, cela seul suffit pour lui assurer l'immortalité de son nom. Il n'est pas de fièvre sans affection locale coexistante, concomitante ou subséquente. (Je dis subséquente, puisque je tiens d'une observation consciencieuse que la fièvre *paraît* souvent avant qu'on ne s'aperçoive de signes d'affection locale et qu'elle en est comme le précurseur.) La fièvre est un mouvement réactionnaire; c'est par le degré d'intensité des symptômes fébriles que nous évaluons les efforts mis en œuvre par la résistance vitale de l'économie, pour vaincre l'action des influences nocives qui ont provoqué le travail morbide et ses résultats. Le degré d'intensité de ce mouvement réactionnaire dépend 1° de l'intensité et de la qualité des influences nocives qui le provoquent; 2° de la résistance vitale plus ou moins grande, propre à la constitution qui en est le siége. Quelle que soit l'affection locale, quel que soit l'organe et le tissu où elle se fixe, le mouvement réactionnaire général, ou ce qu'on appelle fièvre, peut être d'un caractère modéré, ou il peut être fort ou faible. Ce sont les trois degrés seuls possibles et qu'on rencontre tous les trois en nature. Est-ce une constitution pléthorique, dans la vigueur de l'âge et de la vie, qui se trouve atteinte; les influences externes ont-elles agi avec une certaine impulsion, ont-elles frappé fort l'organisme; l'affection locale occupe-t-elle des organes nobles et essentiels de l'économie, et a-t-elle gagné une étendue considérable, le mouvement réactionnaire sera fort, intense, les artères battront avec véhémence, tous les symptômes porteront le caractère de tension et de surcroît d'action vitale, la chaleur de la peau sera ardente, les urines rouges comme le feu, brûlantes, toutes les sécrétions seront supprimées, etc. Mais le mouvement réactionnaire peut, d'autre part, être trop faible, indépendamment de l'affection locale. Et c'est sur cette circonstance que je désire attirer avant tout votre attention. Qu'une affection locale quelconque se développe chez un individu faible, d'une mauvaise constitution, vieilli par l'âge ou par une vie précoce, chez un individu dont la santé a été détériorée ou par un genre de vie peu approprié ou par des maladies antérieures, le mouvement réactionnaire ne sera non-seulement pas trop fort, il sera au contraire trop faible, incomplet et insuffisant pour mener la maladie à son terme. L'organisme se trouvera dans un état de torpeur, d'impuissance, qui se manifestera par des symptômes entièrement opposés à ceux que nous voyons accompagner la réaction intense. Ces symptômes portent en réalité le caractère *typhoïde*. La langue se sèche, se rembrunit, la prostration et l'affaissement se peignent dans tous les traits du malade, le pouls devient misérable, les sécrétions commencent à se décomposer, la peau flasque, sèche et d'une chaleur désagréable pend autour des muscles et des os, il survient du délire. Ne dirait-on pas un état qui tient le milieu entre la vie encore faiblement résistante et la décomposition mortelle prête à commencer franchement et rapidement ses opérations, dont elle fait déjà, pour ainsi dire, pendant le vivant les apprêts? Aussi un certain degré d'altération des liquides ne manque-t-il jamais d'accompagner le mouvement réactionnaire *torpide*, et c'est peut-être cette même altération qui explique en quelque sorte plusieurs des symptômes typhoïdes, et surtout le délire. Nous avons occasion de voir cela plus manifestement encore, alors surtout que l'inflammation locale elle-même est frappée de *torpeur* et passe à la gangrène. Considérer la fièvre ou le mouvement que j'appelle réactionnaire, simplement comme une affection *sympathique* des vaisseaux, comme le font les partisans du physiologisme, est-ce moins une *hypothèse* que l'opinion que je viens d'avancer? En effet, l'observation consciencieuse des faits me semble prouver à l'évidence que ce que j'appelle *réaction intense*, ce que les anciens ont appelé *synocha*, porte dans tous ses phénomènes l'empreinte d'une vie développant un grand appareil d'efforts, à l'effet d'opposer résistance à l'infraction de l'intégrité de l'organisme, tandis que les symptômes de *torpeur* (febris nervosa, putrida, des anciens, où l'adynamie et l'ataxie des modernes) annoncent en tout l'envahissement destructeur de l'économie par un principe hostile, décompositeur, toxique, et l'impuissance de l'organisme pour faire face à la destruction qui le menace. Si nous avons reconnu les services rendus à la science par le fondateur de l'école physiologique, pour avoir fait justice des fièvres dites essentielles, nous ne pouvons nous empêcher de croire que ses doctrines n'ont pas conduit à tous les résultats heureux qu'on aurait pu en attendre, par la raison même qu'il nous semble avoir entièrement méconnu la *nature* de la fièvre. Qu'on fasse l'application pratique de ces deux opinions, savoir de regarder la fièvre simplement comme affection sympathique des vaisseaux, ou comme mouvement réactionnaire, qu'on continue (en agissant dans le sens de la première supposition) à affaiblir, en dépit de ces symptômes qui annoncent l'atteinte grave portée aux forces vitales, ou qu'on varie le traitement comme nous l'entendons, en évaluant par les symptômes fébriles à chaque période de la maladie le degré du mouvement réactionnaire, qu'on le varie, disons-nous, d'après son

état de *synocha* et de torpeur, et qu'on juge alors par les résultats pratiques que donnent les deux manières d'agir, de la valeur de l'une et l'autre de ces opinions ! Si les partisans de la doctrine physiologique prétendent cependant avoir été plus heureux dans leur pratique depuis la publication de l'*Examen des doctrines*, en faisant une large application de la méthode antiphlogistique, je suis loin de nier ce fait aussi longtemps qu'ils le considèrent comme *fait* et ne s'arrogent pas le droit de l'ériger en théorie perpétuellement valable. Car, hâtons-nous de dire que les variations du mouvement réactionnaire ne dépendent pas seulement de la force de la constitution de l'individu ou de l'étendue de l'affection locale; il est encore quelque chose, *en dehors de l'individu* (l'observation de tous les temps vient le prouver), il est des influences qui résident dans les qualités du sol, de l'atmosphère, dans les mouvemens planétaires; il est, dis-je, des influences telluriques, atmosphériques et cosmiques, qui viennent singulièrement modifier le mouvement réactionnaire et qui sont propres à imprimer, indépendamment du degré de résistance vitale inhérente à l'organisation individuelle, au mouvement réactionnaire le caractère de la *synocha* ou de la *torpeur*. L'ensemble de ces influences dans ses rapports aux maladies fébriles, a été désigné sous le nom de *genius endemicus* et *epidemicus*. Si donc tous les bons observateurs s'accordent en ce que l'antiphlogose a été redevable de ses succès, dans l'époque qui vient de s'écouler, au caractère de *synocha*, dont le *genius epidemicus* s'est revêtu transitoirement, et si aujourd'hui le déclin de cette pratique naguères générale et heureuse est dû à un changement manifeste dans ce même *genius*, eut-on encore popter entre une théorie qui ne s'applique pas à tous les temps et à toutes les circonstances, et une opinion qui, pénétrant profondément dans la nature du travail morbide, peut servir de guide pratique malgré toutes les variations éventuelles auxquelles l'action morbide est soumise?

Je ne finirais pas de sitôt ma lettre, mon ami, si je voulais me livrer à toutes les considérations intéressantes, qui se rattachent à ce sujet. Je serais satisfait, si j'osais croire que je vous ai fait partager ma conviction, que toute affection locale, toute inflammation, soit gastrite, soit entérite, soit pneumonie, enfin n'importe l'organe et le tissu où l'affection topique a fixé son siége, peut se compliquer d'un *ensemble de symptômes typhoïdes, qui ne sont autre chose que l'expression d'un mouvement réactionnaire éminemment faible, l'expression de l'impotence et de la torpeur des forces vitales.*

Mais ces mêmes symptômes typhoïdes, je les ai observés quelquefois là où la constitution, le tempérament, l'origine et la période de l'affection, où tout enfin me faisait présumer *une grande intensité d'action vitale;* et s'il est vrai, que des états pathologiques, tels que la *Synocha* et le *Torpor* peuvent simuler les mêmes symptômes externes, vous sentez, mon ami, toute l'importance qu'il y a pour le praticien, de savoir distinguer deux espèces d'action morbide, qui sont pour ainsi dire diamétralement opposées et qui réquièrent une thérapeutique essentiellement divergente. J'en appelle à votre expérience et je vous demande si vous ne vous rappelez pas avoir vu de ces pneumoniques dans le plus fort du travail phlegmasique, délirant, présenter la langue aride, sèche et brunâtre, offrant outre les symptômes de l'oppression extrême de la respiration, une tension excessive de la peau et un pouls *guère perceptible*, symptômes, auxquels certes le médecin non expérimenté pourrait se méprendre et les invoquer comme portant le caractère typhoïde; s'il ne considère que l'identité de quelques symptômes externes, n'est-il pas, en effet, autorisé de les désigner par cette épithète? La pneumonie typhoïde des anciens n'a-t-elle peut-être pas souvent appartenu à cette catégorie? Combien de fois ne voyez vous pas ce même état de *torpeur apparente*, cet appareil typhoïde des symptômes (qu'on me passe l'expression), venir compliquer la période de prodrômes et d'éruption des exanthèmes aigus, comme dans la petite-vérole et la scarlatine? L'exanthème ne se montrant pas sur la peau, ou la peau étant en quelque sorte surchargée de tension, la réaction est incapable de se développer, elle opprime pour ainsi dire les centres vitaux, il y a chaleur interne de la bouche, sécheresse, acidité de la langue, délire, convulsions, spasmes nerveux, inconstance dans le pouls, en un mot, une foule de symptômes qui peuvent imposer pour un typhus. Et qu'on ne croie pas si facile d'éviter l'erreur en pareille occurrence! Les mêmes symptômes nerveux, typhoïdes, lorsqu'ils viennent compliquer les périodes de début des exanthèmes aigus, peuvent reconnaître pour causes deux états pathologiques bien différens, dont le traitement ne l'est pas moins. Ou serait-ce chose indifférente pour le médecin de savoir si cette série de symptômes est l'expression d'une réaction enchaînée par une tension trop forte du travail vital ou si elle est telle à cause d'un défaut de réaction? Lui serait-il permis de faire indifféremment et dans tous les cas des déplétions sanguines, ou de stimuler, ou d'abandonner les choses à la nature seule? Quant à moi, j'avoue manquer d'un sang froid suffisant pour être exclusif à ce point là; il ne se passe pas facilement une de ces épidémies, où, dans l'un ou l'autre cas, je n'essuie toutes les craintes possibles de pouvoir me tromper, au point de prendre une *oppressio virium* pour un *defectus virium* et réciproquement, et je passe alors bien des momens à comparer et à peser toutes les circonstances, à examiner tous les *pour* et les *contre*, à prendre en considération la constitution, le tempérament de mon malade, le caractère de ses maladies antérieures, celui de l'épidémie actuelle et d'autres maladies régnantes avant d'arriver à une solution finale, solution d'où dépend sans aucun doute la vie ou la mort de mon patient.

Or, il peut y avoir des symptômes typhoïdes résultant de l'enchaînement d'une réaction trop intense. Le pouls des artères paraît alors être *petit*, puisque la plénitude trop grande de ces vaisseaux ne leur permet pas de s'étendre et de se contracter franchement; toutes les

autres fonctions offrent le même phénomène ; même tension dans la peau, même tension dans les organes sécrétoires et excrétoires, même tension dans l'innervation. Mais qu'on opère dans ces cas une détente par des déplétions sanguines, par des bains ou par des affusions, le pouls, de petit qu'il était, deviendra plein et large, l'anéantissement apparent des forces vitales fera place au libre jeu des fonctions et le mouvement réactionnaire ne tardera pas à se déployer sans gêne dans toute son intensité et étendue. Ainsi, voilà donc un état pathologique bien différent de ce que nous avons décrit plus haut sous le titre de fièvre ou réaction torpide, qui peut accompagner une affection locale; l'un et l'autre état peuvent offrir, malgré leur différence, des symptômes semblables, je dirais même, identiques. Ce ne sont certainement pas là des descriptions puisées dans l'imagination ; et vous reconnaîtrez avec moi, j'en suis sûr, la véracité de ces faits. L'interprétation que j'en donne, serait-elle fausse? Les principes que j'en déduis pour notre direction pratique, seraient-ils contraires à l'expérience et à la vérité? Je ne puis le croire : cependant si je me trompe, je suis docile, pourvu qu'on me convainque de mon erreur par des raisons préférables aux miennes. Si le but de ma lettre tend à démêler un peu la confusion qui règne dans les notions sur diverses affections, comprises à tort sous le même terme de typhoïdes, confusion qui se fait malheureusement plus apercevoir au lit des malades que dans les livres ; si tel est mon but, dis-je, ma tâche s'allège maintenant que j'ai indiqué deux chefs, sous lesquels se rangent un grand nombre de malades, qu'on regarde souvent comme atteints de typhus. Qu'on donne aux symptômes graves que ces malades présentent un nom exprimant mieux leur caractère, mais qu'on réserve le nom de typhus au typhus pestilentiel, à la dothienentérite de Bretonneau, et au typhus pétéchial. Ce sont autant d'espèces, appartenant à un même ordre de maladies particulières, dont les caractères ne présentent rien d'analogue, sinon la ressemblance de quelques symptômes avec les affections dont nous avons parlé plus haut (1). Faut-il que j'entame ici la question périlleuse touchant la spécificité des inflammations? Exigeriez-vous de moi que je produise toutes les raisons qui me portent à croire que l'inflammation des voies gastro-intestinales est aussi peu *identique* dans tous les cas que ne l'est l'ophthalmie, que ne l'est le travail phlegmasique de la peau, qui, indépendamment du tissu où l'inflammation se fixe, la cause même qui la produit, peut par sa spécificité en modifier les phénomènes, la marche et les terminaisons, et lui imprimer des caractères invariables, qui à leur tour, sont propres à nous faire connaître la nature de la cause morbifique, et à nous faire adopter un traitement spécial? Quoique je me sens disposé à entrer dans ces considérations et cela d'autant plus que je désire répondre à une discussion qui s'est élevée dernièrement dans le sein de la Société de médecine de Gand, au sujet des observations sur l'ophthalmie, recueillies dans la clinique de mon ami, le docteur Jules Sichel à Paris (1), discussion dans laquelle on a taxé de subtilités, les recherches sur la nature étiologique des inflammations; je crois cependant utile de séparer pour le moment cette question de celle qui m'occupe maintenant et de la traiter plus tard dans une lettre particulière. Pourvu qu'on me fasse la concession que la scarlatine, la rougeole, la petite-vérole, l'érysipèle, les affections dartreuses de la peau, quoique inflammatoires, ne sont pas moins les effets d'actions morbides *sui generis*, par la raison qu'ils sont le résultat des causes spécifiques, et qu'ils présentent des phénomènes et une marche spécifique; je ne suis pas en peine qu'on me fasse une autre concession, corollaire nécessaire de la précédente, qu'il en peut être de même pour tout autre organe que la peau. Or, il n'y a pas d'organes qui aient plus de rapports d'affinité entre eux que la surface cutanée et la surface du système muqueux; affinité de structure, affinité des fonctions physiologiques et affinité des états pathologiques. Combien de fois n'a-t-on pas parlé de la ressemblance qui existe entre les altérations trouvées sur la muqueuse intestinale après la dothienentérite et les pustules de la petite-vérole sur la peau? L'une et l'autre de ces affections, il n'y a pas de doute, sont des états exanthématiques. En effet, n'observent-elles pas toutes les deux une marche *cyclique*, c'est-à-dire circonscrite dans un certain nombre de périodes, qui se succèdent régulièrement et dont chacune dure pendant un nombre fixe de jours? Ne sont-elles pas l'une et l'autre accompagnées de phénomènes généraux, dont la différence s'explique facilement par la diversité de la surface affectée, par la place plus ou moins importante que les surfaces muqueuses et dermoïdes occupent dans l'ensemble de l'économie animale, par la différence de leur structure, etc. Autre chose de remarquable : tous ces exanthèmes aigus sont ordinairement accompagnés de l'affection sympathique de l'un ou de l'autre appareil organique, et cette sympathie semble être constante pour chaque exanthème en particulier, semble être intimement liée à sa spécificité. C'est ainsi que l'angine est inséparable de la scarlatine, que le coryza précède et accompagne constamment la rougeole, que la petite-vérole s'annonce par l'irritation sympathique des voies gastro-intestinales, que des symptômes, dont l'origine se rapporte à la moelle épinière, précèdent souvent la varioloïde, etc. Là encore, nous retrouvons des rapports

(1) Quoique je pense que les trois maladies sus-nommées ayant bien de traits communs entre elles et appartenant, si l'on peut dire ainsi, à la même famille, ne diffèrent ni quant à leur nature, ni sous le rapport du traitement, j'ai préféré cependant de parler plus particulièrement de la dothienentérite (typhus abdominalis des Allemands), puisque c'est celle des trois qui règne actuellement le plus.

(1) Voir Bulletin de la Société de médecine de Gand, vol. II. p. 53 à 59.

d'analogie entre les exanthèmes de la peau et la dothinentérite. Les désordres sympathiques du système nerveux, la céphalalgie, la pesanteur de tête, les tintemens d'oreille, la défaillance de la vue, qui distinguent la première période du typhus, et plus tard le délire, les soubresauts des tendons, les convulsions, etc., sont des phénomènes que nous considérons comme spécifiquement liés à l'éruption de la muqueuse, connue sous le nom de dothinentérite. Dans ce cas, ces phénomènes ne dénotent ni la torpeur dans la réaction, ni l'enchaînement des forces vitales; ils ne sont pas non plus les signes d'une simple phlegmasie du cerveau ou de ses enveloppes; car souvent cet organe ne présente pas la moindre altération après la mort, ou les altérations, qu'on y trouve, ne suffisent nullement, pour expliquer les désordres fonctionnels observés pendant la vie. Ces phénomènes, dis-je, n'ont d'autre valeur que l'angine scarlatineuse, que le coryza ou le croup morbilleux; ils ne sont que l'expression sympathique et spécifique de l'exanthème intestinal. Ces idées, loin d'être spécieuses, me semblent être de la première importance, parce qu'elles exercent une influence immédiate sur le choix du traitement. En effet, s'il est vrai, que la marche de la dothinentérite est *cyclique*, sera-t-il prudent de vouloir à tout prix persévérer dans les essais de l'interrompre par des mesures actives? de combattre ce genre de gastro-entérite de la même manière que l'inflammation commune de la muqueuse gastrique? Ne lui appliquera-t-on pas avec plus de succès les mêmes principes d'expectation, qui nous servent de conduite dans le traitement d'affections analogues de la peau? Sera-t-il prudent, de subjuguer l'irritation sympathique des centres nerveux, comme on la subjuguerait si elle devait son origine à une cause idiopathique, à une lésion directe du cerveau?

Permettez-moi enfin de diriger votre attention sur une maladie qui, ayant la plus grande ressemblance avec le véritable typhus, et qui, à l'état de *Torpor*, n'est pas rarement confondue avec eux, et est facilement dénommée *fièvre nerveuse* par un médecin qui ne serait pas attentif, erreur d'autant plus grave qu'elle peut dans ce cas conduire à une méthode de traitement entièrement fausse et léthale pour le malade. Je veux parler de la *fièvre produite par la résorption du pus*, et par la *phlébite*, deux formes qui sont intimement liées ensemble. La réaction qui accompagne ces états a tout à fait le caractère de la torpeur; les malades se plaignent de maux de tête, de vertiges, leur *habitus* exprime un grand abattement nerveux, une atteinte profonde portée aux centres de la vie, le pouls est mou et fréquent, la langue sèche et noire, les exacerbations du soir sont marquées par du délire qui ne tarde pas à devenir permanent. Cette ressemblance entre le typhus et la phlébite va si loin qu'elle a porté quelques médecins à regarder ces deux maladies différentes comme identiques, et d'inférer de leur ressemblance la conclusion absurde, « *que la phlébite serait la cause de toute fièvre nerveuse.* » Afin de montrer toute l'absurdité de cette assertion, il suffit de rappeler que la phlébite s'accompagne constamment de deux séries de symptômes qui ne se rencontrent pas dans le typhus; nous voulons parler de *l'affection sympathique des centres de la circulation veineuse, du foie et des cavités veineuses du cœur.* Chez les malades atteints de phlébite on trouve l'hypocondre droit gonflé, sensible ou même douloureux au toucher, la langue chargée, le goût amer, des nausées, même des vomissemens, les urines d'un rouge foncé, brun, noir, et un teint ictérique bien exprimé, tous signes qui indiquent indubitablement la part que le foie prend à une maladie qui menace aussi hostilement ses fonctions. Si la phlébite fait des progrès, l'affection des veines périphériques se propage facilement vers le centre de la circulation, et plus les veines attaquées sont voisines du cœur, plus le danger de la communication de la phlébite à la cavité droite du cœur est imminent. Bientôt il se joint aux autres symptômes des palpitations violentes au-dessus de l'appendice xiphoïde, le malade devient oppressé, il est dans une agitation extrême, alternante avec des syncopes, etc.

Il ne nous est pas difficile de nous rendre compte de cette ressemblance entre les symptômes de la fièvre concomitante de la phlébite et ceux du typhus. Les expériences intéressantes de M. Magendie nous ont appris que nous pouvons provoquer tous les phénomènes d'une fièvre adynamique par des injections de substances putrides dans les veines. Quelque chose de semblable a lieu dans la phlébite. Aussitôt que la membrane interne de la veine enflammée commence à sécréter du pus, ce pus mêlé au sang et introduit dans la masse circulatoire ne peut manquer *d'empoisonner*, si j'ose ainsi dire, mieux peut-être qu'aucune contagion ne l'aurait fait, toute la masse du sang et de paralyser les forces vitales au point de produire tous les symptômes de la torpeur. Souvent on a trouvé encore ce pus dans le sang des individus morts de phlébite. Cette fièvre torpide ou *d'intoxication* ne peut se manifester qu'au moment où a commencé la sécrétion purulente dans les veines ou la résorption du pus.

Je pense n'avoir suivi jusqu'ici que la voie de l'observation pour donner une idée claire de ce qu'on confond sous le nom de *fièvre nerveuse*. Je crois avoir prouvé qu'en distinguant de la manière que je l'ai fait, les formes qui se ressemblent par quelques symptômes, ce typhus n'a plus rien de vague, ni d'incertain; et les formes que nous venons de passer succinctement en revue, nous sommes à même de les rencontrer tous les jours dans les hôpitaux.

Y a-t-il encore une maladie purement *dynamique* du système nerveux, comme la plupart des auteurs la décrivent; une *fièvre nerveuse* sans affection prédominante d'un organe, sans altération dans la composition du sang qui ne serait rien, comme un auteur la caractérise (1), « qu'un paroxysme hystérique continuel, non interrompu, très-aigu et fébrile avec inclination manifeste « à un marasme et à marche rapide? »

(1) Naumann, Clinique Médicale, vol. III, p. 210.

Je ne croirai à un tel état qu'après l'avoir vu; jusqu'aujourd'hui je ne me rappelle pas l'avoir rencontré au lit de malades. Je n'y crois pas, parce qu'un pareil état du système nerveux me semble aussi impossible qu'une fièvre inflammatoire sans inflammation, qu'une fièvre gastrique sans gastricité, enfin que toute fièvre nommée *essentielle*. Je suis persuadé qu'une observation exacte constatera toujours quelque affection locale ou d'un organe, ou d'un système ou une altération du sang, qui dans ces cas est cause de l'atteinte générale du système nerveux.

Les distinctions que nous venons d'établir diminueront-elles l'incertitude du traitement du typhus? nous feront-elles marcher d'un pas sûr pour combattre l'ennemi? Ce ne serait pas aller loin que de nous arrêter à la simple observation des faits; ce sont les faits mêmes qui doivent nous indiquer notre manière *d'agir*.

Le médecin observant attentivement ce que la nature fait *elle-même* peut toujours se passer des systèmes et des théories et il marchera sûr, en marchant sur les pas de la nature médicatrice. Ce fut le dogme de la médecine hippocratique; c'est encore celui des meilleurs praticiens d'aujourd'hui.

Les fastes de la médecine fourmillent de méthodes de traitement et de remèdes vantés contre le typhus. Leur nombre est certainement la mesure de notre ignorance, qui va toujours en tâtonnant.

Ce n'est pas ici le lieu de les passer tous en revue, cela me conduirait trop loin. Je me contente de vous faire entrevoir les conclusions les plus générales qui résultent de ce qui précède, et j'entends adapter le traitement qui me semble le plus en harmonie avec la nature des états exposés.

L'état de torpeur, avons-nous dit, peut se joindre à toute affection locale. Il n'est que l'expression de la *température de la réaction*. Son caractère est : *inactivité de la vie contre l'influence nocive, de l'organisme contre la maladie*. Serons-nous froids spectateurs de cet envahissement de la vie par l'influence nuisible? Attendrons-nous, jusqu'à ce que la vie *impotente* ait succombé aux coups mortels du principe morbide? Certainement non : l'indication est claire. Nos efforts doivent appuyer et relever la nature; nous devons ajouter des forces aux forces de l'organisme qui menace de succomber, la *méthode corroborante* et *stimulante* est à sa place. Mais qu'on ne se méprenne pas sur le sens de mes paroles. Je ne reconnais nullement une classe de médicamens *exclusivement* corroborans et stimulans, pour la plupart véritable fatras de la matière médicale; si je parle d'une méthode corroborante et stimulante, je n'y comprends pas seulement les infusions de Valériane, ou d'Angélique ou de Serpentaire avec des eaux aromatiques et camphrées. Non : selon mon avis, *toute fonction et tout organe a ses propres remèdes stimulans et corroborans;* car, qu'est-ce que l'émétique, si ce n'est autre chose qu'un stimulant du mouvement antipéristaltique de l'estomac.

Ainsi, les cantharides sont un stimulant des organes uropoëtiques, la noix vomique un stimulant de la moelle épinière, la sabine un stimulant du système utérin, l'huile de croton un stimulant du canal intestinal, la belladone un stimulant de l'iris, etc. C'est donc dans un sens très-large que nous parlons de remèdes stimulans; partout où la réaction ne suffit pas à subjuguer la maladie, nous devons trouver des moyens qui ont une certaine *affinité* pour l'organe ou la fonction intéressée, afin d'atteindre le but que nous nous proposons.

Cet état de torpeur qui peut survenir dans les maladies les plus actives, par exemple, lorsque l'inflammation a été méconnue par l'école moderne, ne pouvait pas unir l'idée de la *paralysie* à un engorgement sanguin. Elle niait donc hardiment le passage d'une inflammation à un état de passivité, qui exige le passage du traitement antiphlogistique au traitement stimulant. L'expérience à fait justice de ces erreurs; l'ophthalmie chronique en est une preuve vivante.

Évaluer au juste partout l'affection locale et son caractère; mesurer les proportions entre les forces conservatrices de l'organisme et celles de la maladie, ou l'état de réaction; appuyer les premières aussitôt qu'elles ne suffisent pas pour faire face aux dernières. Voilà les indications d'une médecine adaptée à l'observation de la nature!

Comme nous l'avons dit, souvent il y a quelque chose de *toxique* dans le génie épidémique qui imprime à la réaction, dans la plupart des maladies, le caractère de torpeur. Quelquefois cette torpeur n'est qu'*apparente;* nous trouvons dans Sydenham, Stoll, de Haen, des exemples, où un vomitif, une saignée, un diaphorétique, etc., ont dissipé en peu d'heures, tout l'assemblage de symptômes de torpeur et réduit ainsi la maladie à sa plus simple expression. Qu'on ne croie pas que je plaisante si je dis qu'il faut dans ce cas apprendre à connaître *les caprices* du génie épidémique. J'ai souvent entendu dire par un médecin praticien, que lorsqu'un changement du caractère épidémique a lieu, les premiers malades sont toujours à plaindre, parce qu'ils ont à subir toutes les chances de tâtonnement. Le médecin d'hôpital a le jeu plus facile : parmi une masse de malades il y en aura certainement quelques-uns où la nature se chargera, à elle seule, de commencer et d'achever les crises, et le médecin n'a qu'à observer attentivement *comment* elle s'y prend, pour en faire autant sans elle chez les autres. C'est dans cette adresse de suivre la nature dans ses opérations et de saisir toutes les finesses dont elle se sert pour opérer la guérison que le médecin fait preuve de tact médical.

Mais supposons que l'apparence de *torpor* dépende d'une réaction trop forte, *qui s'enchaîne et s'opprime elle-même* (Suppressio virium). Ai-je besoin de dire qu'alors le médecin ajouterait au danger dont la maladie menace la vie du malade, s'il voulait combattre cette apparence de faiblesse par des stimulans? L'indication de la nature n'est pas moins évidente dans ce cas, savoir : de *dégager la réaction des entraves qu'elle se crée elle-même;* dans l'éruption d'un exanthème la peau se trouve-t-elle dans un orgasme, dans une tension qui empêche toute action libre, orgasme qui peut produire le délire et nombre de symptômes nerveux, une petite saignée,

un bain, un sinapisme, donneront lieu à une décharge de la tension vitale au dehors et la réaction modérée suivra le cours qu'elle doit prendre. Mais donnez dans ce cas du musch ou du camphre, c'est verser de l'huile dans le feu!

Mais ces méthodes de traitement, stimulation dans l'état de torpeur, empirisme dans la fièvre torpide dépendante de l'influence du caractère épidémique, antiphlogistiques dans la torpeur simulée par une réaction trop forte; ces méthodes de traitement, dis-je, appropriées à ces formes de *pseudo-typhus*, si j'ose m'exprimer ainsi, conviendraient-elles au *véritable typhus?* La question ne reste pas sans réponse; nous n'avons qu'à jeter un coup-d'œil derrière nous pour voir naître et disparaître avec les symptômes du brownisme et du broussaisisme les espérances d'avoir trouvé la méthode infaillible pour guérir le typhus. La mortalité n'a pas été moins grande sous le régime du sang que sous celui de l'opium et du camphre. Nous sommes arrivés à la période où l'on croit le mieux faire *en ne faisant rien*, et je crois, et je le prouverai, qu'on a en cela raison si l'on *entend bien* ce précepte de ne rien faire.

L'observation nous apprend que le typhus est une maladie *cyclique*, comme, par exemple, la variole, la scarlatine, qui parcourt ses périodes sans être interrompue par quelque traitement que ce soit. Sa marche est liée à un certain temps, de 14, 21 ou 28 jours, dans lequel elle arrive à ses crises ou à une décision léthale. Nous n'avons pas non plus perdu de vue la formation d'exanthèmes dans cette classe d'affections. Ce cycle donc, que le typhus dois parcourir, *ne peut être abrégé par aucune médication;* le médecin n'a autre chose à faire que de diriger et de modérer la révolution vitale sans chercher à l'interrompre, de modifier son traitement, *purement symptomatique;* selon l'état individuel des forces (suffisantes ou trop ou trop peu énergiques) pour que le travail morbide puisse s'achever; enfin il a à traiter et à guérir les maladies consécutives du typhus.

La dothinentérite n'est, si l'on veut ainsi, qu'une espèce de petite-vérole à l'intérieur; mais son danger est bien plus grand et son traitement plus difficile que celui de la petite-vérole et de tout exanthème extérieur. Comment vaincre ces difficultés qui résultent d'abord de la différence des surfaces malades, de la relation plus intime de la surface intestinale avec la vie individuelle? Nous ne pouvons faire ici des affusions froides qui agissent directement sur la surface enflammée elle-même, comme dans la scarlatine avec trop grand orgasme de la peau; nous ne pouvons donner issue au pus contenu dans les pustules comme nous faisons pour les pustules varioliques, afin de diminuer leur tension et de prévenir la résorption purulente; nous ne pouvons appliquer des remèdes locaux dans le but de guérir les ulcères de la muqueuse. Nous ne pouvons procurer un repos absolu aux intestins, sujets continuellement à un mouvement fonctionnel; chaque médicament, chaque substance alimentaire éveille le mouvement péristalique, irrite la surface des intestins et augmente ainsi le mal, dont ils sont le siége.

Toutes ces difficultés sont autant de causes, qui font que les résultats du traitement le plus rationnel dans le typhus seront toujours bien au-dessous du succès qui couronne les efforts de l'art dans le traitement des exanthèmes externes. Mais quelques insuccès ne doivent pas nous éloigner de la véritable route à suivre.

Les indications pour le traitement du véritable typhus ne peuvent être que celles adaptées à ses caractères, elles ne peuvent être que *symptomatiques*.

1. Le typhus est une maladie cyclique: de là l'indication de ne pas interrompre ou trancher court la marche de la maladie, de ne combattre que les symptômes qui menacent de danger immédiat la vie du malade, et de concentrer toute son attention sur les jours et sur le moment où la nature veut *décider* la maladie *par des crises*, et de les favoriser dans le cas que la nature serait inerte. C'est *l'indication principale*.

2. *Les indications symptomatiques* sont:

a. De modérer *la congestion sympathique vers les centres du système nerveux:* des sangsues derrière les oreilles dans le typhus cérébral, ainsi que des fomentations d'eau froide ou vinaigrées sur la tête; des sangsues sur le ventre dans le typhus ganglionnaire.

b. De s'opposer aux progrès *de la décomposition du sang*.

Les remèdes principaux que nous connaissons jusqu'ici comme les plus propres à remplir cette indication, sont les acides minéraux, surtout le chlore en boisson, etc., etc.

c. De ne pas perdre de vue l'affection du sympathique des *muqueuses* et de *la peau extérieure*. Quant à la première, les symptômes de gastricisme dans la première période rendront un émétique souvent utile; dans la seconde période, une diarrhée colliquative menace de consumer rapidement toutes les forces du malade, de manière que la modération de cet accident devient *indicatio vitalis*. L'alun, l'amidon, le laudanum, les gomeux, nous laissent quelquefois sentir notre pénurie dans cette occurrence. L'état de la peau extérieure mérite toute notre attention dans le typhus. La peau me semble être en général le *vrai thermomètre de l'électricité animale*, du degré de sa tension, de son accumulation, etc., etc. Je sais bien que c'est une hypothèse: mais je ne veux qu'exprimer le mieux possible ce que je *sens* très-bien: nous voyons marcher une maladie franchement si la peau est dans une certaine moiteur; nous voyons la maladie sur un point culminant, si la peau est tendue, brûlante, dans un état d'orgasme; nous voyons la maladie se terminer par la paralysie si la peau est froide, relâchée, couverte de sueur visqueuse et gluante, etc., etc. N'est-ce pas quelque chose d'analogue à l'électricité atmosphérique, lorsque nous sentons un certain bien-être en respirant un air chargé d'une électricité moyenne, ou une pesanteur, une oppression, si l'air en est surchargé comme avant un orage, etc., etc. Eh bien, nous rencontrons le plus souvent dans le typhus cet état *d'accumulation* d'électricité animale, la peau dans cet état d'orgasme que nous venons de décrire; et si nous voulons que la maladie mar

che franchement, qu'elle ne soit pas entravée par cette oppression et cette tension interne, il faut que nous remplissions l'indication de rendre *possible une dérivation de ce surplus d'électricité* par des moyens qui l'absorbent, comme il semble que le font les lotions avec le vinaigre ou avec des eaux acidulées. Mais le temps de crises est-il arrivé sans qu'elles n'aient lieu, qu'on fasse tous ses efforts pour les provoquer, par l'emploi des moyens externes et internes, par des vésicatoires, des affusions chaudes, les diaphorétiques, etc., etc.

Cette méthode de traitement du typhus est-elle autre chose que la méthode expectante, dans ce sens que toute active qu'elle est au besoin, elle abandonne à la nature, lorsque celle-ci est active par elle-même, tout l'honneur de la médication? C'est ici que peut s'appliquer le principe d'Hippocrate : *Medicus naturæ minister.*

Quelques remarques sur la saignée dans l'apoplexie; par le Docteur Marcq.

Il est admis généralement que la saignée est le principal remède dans le traitement des fluxions hémorrhagiques des centres nerveux ; tous les médecins s'accordent à ce sujet, mais ce remède, que la nature du mal paraît si bien indiquer, n'est pas toujours sans présenter quelques inconvéniens dans son emploi. Il m'est arrivé de voir l'hémiplégie se manifester immédiatement après une saignée faite pour la prévenir, et précisément au moment où la déplétion sanguine déterminait la syncope. Deux faits assez remarquables se sont offerts à mon observation, je vais avant tout en donner l'histoire.

M. Habart négociant à Charleroy, âgé de 65 ans, de haute stature et de bonne constitution, me fit appeler il y a trois ans, vers les cinq heures du matin. Il était levé, habillé et dans sa salle à manger. Il me dit que la veille au soir il avait éprouvé un certain engourdissement dans le bras et quelques légers vertiges ; que dans la nuit il avait senti son bras s'engourdir de nouveau, que tout à coup il s'était paralysé complétement, et qu'il avait été pendant dix à quinze minutes avant de pouvoir exécuter le moindre mouvement. Dans le moment où il me parlait, tous les mouvemens des membres étaient libres, il ne ressentait autre chose qu'un peu de pesanteur dans la tête. J'explorai le cœur, il n'était ni brusque ni actif outre mesure, le pouls cependant avait quelque chose de plus dur et de plus fort que dans l'état de santé. Je conseillai de suite une saignée, que le malade accepta avec plaisir. Tout était disposé et j'allais ouvrir la veine lorsqu'il me dit : dépêchons-nous, je sens le mal revenir ; je me presse et je fais couler du sang ; à peine en a-t-il perdu six à sept onces qu'il faiblit, et à l'instant le bras droit est totalement immobile. Le malade était assis, je le place dans une position horizontale, la circulation se rétablit et un quart-d'heure après le bras perclus a repris ses mouvemens. A dix heures du matin, paralysie nouvelle, la figure est plus animée, le pouls est plus fréquent, il y a une espèce de réaction. Je fais appliquer trente sangsues sur le trajet des jugulaires. Pendant que les sangsues opèrent, la paralysie disparaît et le bras redevient libre. A quatre heures, paralysie nouvelle, qui ne dure qu'un quart d'heure et qui disparaît spontanément. Je propose alors une consultation. A huit heures, M. le docteur Pierrard m'est adjoint. La figure du malade reste colorée, son pouls a pris plus de développement, sa peau est plus chaude, sa tête est plus embarrassée. Faut-il revenir à la saignée? D'un côté, je crains les effets de la syncope, de l'autre, je crains une hémorrhagie foudroyante. J'exprime mes inquiétudes, que le confrère ne partage pas entièrement sous le rapport de la saignée. Après quelques tergiversations, l'urgence d'une prompte évacuation sanguine est décidée. On ouvre la veine, le sang coule avec abondance et jusqu'à douze onces le pouls se maintient parfaitement, mais alors, et soudainement, le malade se trouve mal et l'on se hâte de fermer l'ouverture ; il est trop tard, il devient pâle, son pouls est filiforme, la syncope arrive, et sur le champ, le bras et la jambe droites demeurent entièrement paralysés. Dès lors le malaise est considérable, la faiblesse du pouls, la pâleur de la face et le refroidissement des extrémités se prolongent pendant plusieurs heures, ce qui donne de vives inquiétudes sur la vie du malade. Néanmoins, l'équilibre se rétablit dans la circulation, et les troubles qui appartiennent à la syncope s'évanouissent, mais pour cette fois, l'épanchement a eu lieu, et l'hémiplégie s'est maintenue sans retour. Le régime, le temps, la nature ont insensiblement diminué les désordres de la portion cérébrale affectée ; peu à peu la résorption des liquides épanchés s'est opérée, et aujourd'hui M. Habart jouit d'une assez bonne santé, tout en conservant de la faiblesse dans la jambe droite et beaucoup de difficulté dans l'exercice du mouvement du bras du même côté.

Tout récemment, M. le docteur Hambursin, de Charleroy, âgé de 52 ans, d'une constitution sanguine et de peu d'embonpoint, me fait prier de passer de suite chez lui pour le saigner. J'arrive sans tarder et déjà il m'attend avec impatience. Il a ressenti quelques vertiges et un peu d'embarras dans les mouvemens de la langue ; son pouls est plein, dur et fort. Il me donne peu d'explications et me presse d'ouvrir la veine, ce que je fais. Le sang coule, le vase qui le reçoit est large, profond, et cependant il s'emplit. Je fais observer que déjà la saignée est forte, je manifeste même l'intention de m'en tenir là, le malade n'est pas de mon avis et il insiste pour que je laisse encore couler du sang, en me disant que les petites saignées ne le soulagent pas ; je cède à son désir, me fiant du reste à l'état du pouls qui n'a pas changé. J'extrais ainsi à peu près vingt onces de sang. A ce point le pouls fléchit. J'arrête l'écoulement. Le malade, assis au moment de la saignée, se lève immédiatement après que j'ai appliqué la bande ; il devient pâle, son pouls fuit et à l'instant même sa langue s'embarrasse, et il annonce en balbutiant que son bras et sa jambe du côté droit se paralysent. Je le fais coucher, l'état de syncope et de malaise se continue malgré la position horizontale, et pendant ce temps l'hémiplégie

est complète. Après une demi-heure de cet état alarmant, le pouls devient plus sensible, la figure reprend quelque couleur, le malade se sent mieux et quand il veut essayer ce qui en est de son bras et de sa jambe, qu'il croit toujours perclus, il s'aperçoit avec étonnement qu'il peut exécuter des mouvemens. Cependant il reste de la faiblesse dans les membres et de la gêne pour articuler les sons. On le met au lit. Dans l'après-midi la peau s'échauffe, le pouls s'élève, la face se colore, la tête et la langue paraissent plus embarrassées. Le saignera-t-on encore? Oui, mais avec la précaution d'éviter la syncope en ménageant avec prudence l'évacuation à faire. On laisse donc couler de nouveau dix onces de sang. Tout est bien, la circulation revient à sa mesure naturelle, et tous les symptômes de réaction tombent promptement. Pendant plusieurs jours il y a persistance de la faiblesse dans les mouvemens du côté droit, et la prononciation demeure un peu gênée. Un régime sévère et le repos complet ne tardent pas à dissiper ces phénomènes, et à notre grande surprise, quinze jours après l'événement, M. le docteur Hamburcin montait à cheval, et n'a pas cessé depuis lors de vaquer à ses affaires.

Dans l'un et l'autre de ces faits, on remarque que l'hémiplégie a été subite dès l'instant où les mouvemens du cœur ont été suspendus. Cette suspension momentanée a été le résultat de la saignée; faut-il en conclure que la saignée a été nuisible? Les malades étaient dans l'imminence de l'apoplexie. Chez le premier, le *molimen hemorrhagicum* s'était manifesté par des signes de compression passagère qui pour un moment avait paralysé le bras droit; chez le second, il s'était annoncé par des vertiges et de l'embarras dans la prononciation. Que serait-il arrivé s'ils n'eussent pas été saignés? Peut-être, ce qui n'a été qu'injection de la substance cérébrale, réplétion ou stase des capillaires eût-il été un épanchement très-grave; peut-être ce qui n'a été qu'épanchement, se fût-il élevé jusqu'à l'hémorrhagie étendue, et subitement mortelle. Évidemment la saignée seule pouvait arrêter le mouvement fluxionnaire ou rendre moins graves les désordres qui devaient s'en suivre.

Mais alors comment se fait-il que la stase ou l'épanchement qui ont donné lieu à l'hémiplégie, se soient opérés instantanément après la déplétion sanguine et surtout au moment précis où cette déplétion déterminait la syncope? Y aurait-il en en ce cas coïncidence fortuite, et doit-on admettre alors que la syncope n'a été pour rien dans l'explosion apoplectique? Je ne le crois aucunement. Je pense au contraire que le trouble occasionné dans la circulation par une soustraction trop forte chez l'un et mal supportée chez l'autre a décidé ou du moins accéléré l'attaque qu'il s'agissait d'éviter. Je le crois, parce que le rapport entre la cause et l'effet a été immédiat, et aussi rapide, pour ainsi dire, que celui qui existe entre le fluide électrique et la secousse qu'il produit. Voici d'ailleurs de quelle manière je m'explique ce phénomène : lorsque la syncope arrive, le sang artériel cesse d'affluer au cerveau avec la même abondance, mais en même temps le sang veineux s'y trouve maintenu en plus grande quantité; la raison en est que l'action des deux ventricules du cœur faiblit au même instant, et que la cause qui s'oppose à la libre sortie du sang est également et tout à la fois un obstacle à sa rentrée. Il en résulte que les capillaires veineux de l'encéphale sont plus gorgés que de coutume par les effets de la syncope, et comme il y a auparavant tendance manifeste à la congestion apoplectique, on conçoit que la stase sanguine augmentée plutôt que diminuée, peut devenir et devient sur le champ provocatrice de l'accident, soit qu'elle accroisse l'injection déjà existante, soit qu'elle force la rupture des vaisseaux prête à se faire et qu'elle détermine ainsi, ou une hémorrhagie, ou une infiltration de sang dans la substance cérébrale.

Les faits que j'ai cités sont positifs, j'en ai vu d'autres encore qu'il eut été surabondant de rapporter, et d'autant plus que peut-être il est peu de médecins qui dans le cours de leur pratique n'en aient vu de semblables. Si j'ai bien interprété l'influence de la syncope dans l'imminence de l'apoplexie, si de là il peut-être établi que cet effet assez fréquent de la saignée est un effet souvent nuisible, il importe me paraît-il, d'obvier autant que possible à des conséquences aussi graves; car, lors même qu'elles ne seraient pas aussi redoutables que nous le pensons, pour les malades, elles le seraient encore pour nous, par cela seul qu'elles jettent le médecin dans la plus grande perplexité, chaque fois que l'apoplexie se déclare immédiatement sous l'empire de la lancette.

Sans doute il ne faut pas renoncer aux évacuations sanguines, nous convenons tous que s'il est un moyen d'empêcher le développement d'une congestion apoplectique c'est bien à la saignée qu'il faut accorder ce pouvoir; mais pour obtenir l'effet que l'on cherche, pour affaiblir l'action impulsive du cœur, pour diminuer le trop plein de la circulation, faut-il que la déplétion soit subite, large, abondante? est-il nécessaire de risquer ainsi le trouble soudain de la circulation dont les résultats paraissent si fâcheux? Il s'agit de désemplir le système circulatoire, et de ralentir par ce moyen, la fluxion capillaire qui tend à se former dans le cerveau, tout cela ne peut-il pas être sans qu'il soit besoin de produire un arrêt complet dans le mouvement important qui distribue le sang à nos organes? Or, pour éviter la syncope que faut-il faire? Chacun le sait. Placer le malade dans une position horizontale, et ne pas extraire *illicò* une grande quantité de sang, voilà les précautions à prendre.

Il n'est pas facile, j'en conviens, de savoir à l'avance jusqu'où peut être portée la déplétion avant qu'elle ne détermine la chute du pouls, mais avec le soin attentif de juger l'état de la circulation pendant l'écoulement du sang, avec celui encore de fermer la veine à propos, d'attendre un quart-d'heure, une demi-heure, une heure, et de laisser couler encore, on peut, je pense s'opposer à la syncope dans la plupart des cas. Rien n'est plus simple que de faire en deux fois rapprochées, ce que l'on fait ordinairement en une, et ainsi l'on pro-

fite des bons effets de la saignée, sans encourir les dangers que quelquefois elle présente.

Plusieurs médecins ont signalé les mauvais résultats des saignées copieuses dans certains cas d'apoplexie. M. Cruveilhier entre autres (article apoplexie du Dictionnaire de médecine), cite un fait dans lequel chaque saignée a été suivie d'une augmentation manifeste dans les symptômes, et la dernière a produit une respiration convulsive promptement mortelle. Il a vu dans un autre cas d'apoplexie capillaire des mouvemens convulsifs répétés jusqu'à la mort, suivre immédiatement une saignée abondante ; « non, dit-il, tout n'est pas dans la saignée même dans les maladies qui semblent l'indiquer essentiellement ; une vacuité trop brusque, trop rapide du système circulatoire, surtout dans les maladies cérébrales, est promptement suivie de collapsus ou de convulsions. » Mais il est à remarquer qu'après avoir appelé avec raison notre attention sur ces inconvéniens, M. Cruveilhier se borne à conseiller une ou deux saignées générales, et d'en venir ensuite à la saignée capillaire, principalement à celle de la pituitaire, soit au moyen des sangsues, soit à l'aide du phlébotome qu'il a fait fabriquer pour cet objet. Ce n'est pas assez, et au conseil prudent que donne ce médecin distingué, il est bon, selon moi, d'ajouter celui ci : *Dans l'imminence de l'apoplexie saignez à propos; mais autant que possible évitez la syncope.*

Charleroy, 18 mai 1836.

BIOGRAPHIE MÉDICALE.

—

La Belgique médicale, ou Notice sur la vie et les écrits des Belges qui se sont distisgués dans les sciences médicales; par F. Dubois, docteur en médecine à Tournai.

(suite.—Voyez numéro de février 1836, p. 37.)

SPIERINCK (Jean) (1).

Spierinck, docteur en médecine de la faculté de Louvain et chanoine de l'église de Saint-Pierre de la même ville, était médecin de Philippe III, duc de Bourgogne et de Brabant. Il obtint une chaire de médecine en 1485, et fut deux fois recteur de l'Université. Il obtint de grands succès dans la pratique de son art, quoiqu'il ne voulut jamais se servir que des plantes indigènes : il était dans l'idée, que les médicamens exotiques étaient falsifiés par les peuples qui les recueillent, afin de nuire aux chrétiens. On fait remonter la mort de Spierinck au 7 octobre 1499. Il fut inhumé dans l'église de Saint-Pierre, de Louvain, et l'on grava cette épitaphe sur son tombeau :

Joannes Spierinck
Hujus ecclesiæ canonicus
Philippi Ducis Burgundiæ et Brabantiæ physicus
Substantiam suam sacris ædibus, egenis et fidis famulis reliquit :
Mortuus anno CIDCCCCXCIX die VII octobris.

Il légua une partie de ses biens aux églises collégiales de Bruxelles, de Louvain, de Malines et de Lierre, une autre aux pauvres, et la troisième à ses domestiques.

STURM (Roland), *de Louvain.*

Ce médecin a publié à Bologne, en 1636, un ouvrage in-8°, sous le titre d'*Hippocratico-Hermeticologia, sive dialogus inter Hippocratem et Hermeticum,* qui fait penser qu'il était alors en Italie. Mais on le retrouve ensuite dans les Pays-Bas, où il composa une apologie du quinquina contre Chifflet et Plempius, pour soutenir l'opinion d'Honoré Fabri sur les vertus admirables de cette écorce. L'édition d'Anvers, 1659, in-12 a paru sous le titre de : *Vindiciæ pulveris febrifugi Peruviani complectentes ejus historiam, vires ac proprietates,* et celle de la Haye, 1681, même format, sous celui de : *Descriptio corticis chinæ chinæ.*

VAN DEN EETVELDE (Jean), *de Louvain.*

Ce médecin, né d'une famille patricienne, fut d'abord attaché à la faculté des arts de Louvain, et entra dans le conseil de l'Université en 1503. Comme il s'appliquait en même temps à l'étude de la médecine, il ne tarda pas à se rendre en Italie où il fut reçu docteur en cette science. A son retour, il fut nommé à la chaire de professeur ordinaire de médecine, vacante par la mort de Gaspar Ægidius. La faculté de médecine s'opposa à cette nomination, parce que Van den Eetvelde avait été gradué à l'étranger. L'Université de concert avec la faculté, prétendit que cette nomination ne pouvait avoir lieu, et s'y opposa par résolution du 23 novembre 1507. On ne dit pas quelle fut l'issue de cette difficulté. L'historien qui a écrit les fastes de l'Université de Louvain, se borne à dire que ce médecin fut le premier qui osa fronder la pernicieuse habitude de juger des maladies par le seul examen des urines, et qu'il introduisit beaucoup plus de simplicité dans la pratique de la médecine, qui était alors toute arabesque dans les Pays-Bas. Van den Eetvelde mourut le 8 avril 1539, et fut inhumé dans l'église de Sainte-Gertrude à Louvain.

VANDERHEYDEN (Herman) *de Louvain.*

Ce médecin naquit le 18 décembre 1572. Il est probable qu'il fit ses études médicales à Louvain, et qu'il y prit le grade de licencié en médecine. Ce qui est certain ce qu'il alla s'établir en Flandre, en 1597, et qu'il passa ensuite à Gand, dont il fut dans la suite nommé médecin pensionné. Il remplissait encore cette charge

(1) Il est à présumer que ce médecin est du Brabant.

en 1649. Son habileté dans la profession qu'il exerçait lui mérita l'estime générale; il fut également recherché de presque tous les savans de son siècle pour ses connaissances profondes dans les belles lettres. Nous avons de lui.

Discours et advis sur les flux de ventre douloureux, soit qu'il y ait du sang ou point : sur la trousse galant, dit choléra-morbus; la peste; les effets signalés de l'eau : la vraie génération, cause, préservation et curation de la goutte; les fièvres tierces et quartes, et leurs accidens survenans, causés de l'infection des poldres et terres avoisinées de la mer. Gand, 1648 et 1645, in-4°.

Le style de cet ouvrage ressemble beaucoup à celui de Michel Montaigne. Je crois faire plaisir au lecteur en lui en donnant ici un échantillon (1) : il s'agit de la description du choléra : « les signes de cette maladie ou plustôt symptôme se voyent assés euidemment à la furieuse vuydange par haut et par bas, laquelle emporte en peu de temps tant de substance et force du corps, et y apporte tant de mal et de changement, qu'aucunes fois en moins de sept heures les domestiques ne traiteroient tel patient de maître, ou parent s'ils ne le sceussent estre ainsi; pour y voir au lieu de l'ordinaire, une vraye face comme on dit d'Hippocrate, qui signifie une exténuation parfaite et l'image de la mort, laquelle je puis dire auoir veu entre autres à vn tel patient, ou n'ayant esté appelé que tant seulement cinq heures après la première attaque de cette felonne maladie, je le trouvai accablé de tout ce qui pouvoit servir de prognostication absolument funeste, scauoir sans aucun pouls, et parolle, n'estants ses évacuations qu'vne liqueur semblable au clair laict, qui dénotaient la destruction de nature y être; auci ce furent les yeux si enfoncés, qu'a grand peine on les voyoit, et les bras et jambes si retirées de la convulsion, et si coyes, qu'on n'y remarquoit point de mouvement, et si froides d'vne moiteur luy demeurée de sa sueur froide et visqueuse, qu'a le voir, et toucher, on l'eut plustot jugé estre mort que vif, et ce nonobstant, par le moyen de la susdite pillure contre toute espèce de conualescence, il reuint par la grâce de Dieu à sa santé entière. »

Je laisse à penser si cette description pittoresque, n'est point applicable au choléra asiatique. Vanderheyden a traduit cet ouvrage en latin, et a fait entrer dans sa version une partie des additions qu'il avait préparées pour augmenter l'original français. Cette édition est intitulée.

Discursus quinquè inquibus clarè et compendiosè deducuntur seri lactes in fluxu torminali et maximè dysenterico : aquæ frigidæ, inter inauditos et incredibiles alios effectus, podagræ dolores vel sistentis, vel mirabiliter demulcentis, et ischiadicos novitios penitùs exterminantis, et securè absquè omni suppuratione et defiguratione primo apparatu persanantis vulnera et aceti in præservatione à peste et ejusdem curatione, aliis que morbis venenatis, ut in precautione ab hydrophobia, prastantissimæ facultates explicantur et commendantur; multes additis observationibus novis et scitu necessariis. Gandavi 1649, in-12. Londini 1653 in-12. Lugduni Batavorum, 1752, in-12. Lovanii 1760 in-12. Ce que Vanderheyden a écrit sur l'eau froide, a paru à Londres en Anglais, 1724 in-8°, et en Italien avec les ouvrages de Sancassani.

(1) La bibliothèque publique de Tournay possède un exemplaire de cet ouvrage, devenu très-rare. J'en ai extrait ce passage.

VANDERLINDEN (Pierre Léonard), *de Bruxelles.*

Vanderlinden, membre de l'Académie des sciences de Bruxelles, secrétaire perpétuel de la Société des sciences médicales et naturelles de la même ville, membre de la Société medico physique de Hoorn, de la Société de médecine de Bologne, professeur au Musée des sciences et des lettres à Bruxelles, docteur en médecine, etc., naquit à Bruxelles le 12 décembre 1797. Il commença ses études dans sa ville natale. En 1817 il fut envoyé par la Régence de cette ville à l'établissement fondé à Bologne en l'année 1650 par Jean Jacobs, riche orfèvre bruxellois, pour l'instruction universitaire de quelques jeunes brabançons.

M. Vanderlinden, dès les premiers mois de son cours de philosophie, obtint la faveur de suivre les leçons de médecine, et fut reçu docteur en 1821. Il fut bientôt distingué du célèbre Tommassini qui devint son maître et son ami.

Il vint à Paris en 1821 et y fréquenta les cours pendant neuf mois; il fut très-assidu aux leçons du professeur Broussais, il s'entretint avec lui sur la nouvelle doctrine médicale, mais il s'aperçut qu'à Paris on ne rendait point à la doctrine de Tommassini, la justice qui lui était due pour l'antériorité de sa découverte sur celle de Broussais. Vanderlinden pensa que pour venger le savant Italien, il devait publier une traduction française du livre de Tommassini; cet ouvrage fut imprimé à Paris sous le titre de : « Précis de la nouvelle doctrine médicale, ou introduction aux leçons de clinique interne de l'université de Bologne pour l'année scolaire 1816, avec une préface et des notes par Vanderlinden. Paris Crévot, 1822. »

De retour à Bruxelles, après cinq ans d'absence, Vanderlinden fut reçu docteur en médecine à l'université de Louvain, le 15 juillet 1823, et au moment de la fondation du musée des sciences et des lettres, il en fut un des professeurs.

Vanderlinden avait un goût dominant pour l'entomologie; il fit plusieurs publications sur cette partie de l'histoire naturelle, savoir :

Deux mémoires qu'il fit paraître en Italie, sur les insectes des environs de Bologne; l'ouvrage périodique intitulé : *Opusculi scientifici*, en rendit compte avec éloge. Trois autres mémoires sont insérés dans les collections de l'Académie de Bruxelles, savoir :

Observations sur les hyménoptères d'Europe de la famille des fouisseurs.

Essai sur les insectes de Java et des îles voisines.

Notice sur une empreinte d'insecte renfermée dans un échantillon calcaire de Sollenhofen en Bavière.

Il publia aussi une monographie des libellulines d'Europe, imprimée à Bruxelles en 1825.

Et une notice lue à la société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles sur le squelette du baleinoptère, dont l'animal vint échouer auprès d'Ostende, et qui fut exposé à Bruxelles en l'année 1828.

Il travaillait avec ardeur à une entomologie générale, dont il avait déjà rassemblé de nombreux matériaux, lorsqu'à l'âge de 33 ans, une mort inattendue vint l'enlever à la science et à ses nombreux amis. (1)

VANHELMONT (Jean Baptiste), *de Bruxelles.*

Cet homme illustre naquit en 1488 selon les uns, et en 1577 selon les autres. Il était d'une famille distinguée et prenait le titre du sieur Royenbroch, Merode, Oirschot, Pellines, etc., et se plaisait à prendre le nom de philosophus per ignem. Renonçant aux emplois éminens auxquels il était appelé par sa haute naissance, il s'appliqua à l'étude de la médecine, malgré la vive opposition de sa mère (Marie de Stassart) et de ses nombreux amis (2); sa passion pour l'étude était si grande, qu'avant l'âge de vingt ans, il possédait une érudition des plus vastes; à cet âge où beaucoup d'autres commencent à peine à étudier, il avait lu deux fois Galien, une fois Hippocrate, la plupart des auteurs Grecs et Arabes et avait fait des remarques sur la plupart de leurs ouvrages. Il fut reçut à la licence à l'université de Louvain, à l'âge de 22 ans. Peu de temps après, ses professeurs éblouis par les brillantes qualités de son esprit, lui confièrent la chaire de chirurgie. Van Helmont l'occupa quelque temps, enseignant ce que de son propre aveu, il ne connaissait point.

La lecture assidue des anciens lui avait fait voir l'invraisemblance des théories médicales; il se proposait d'y opérer une réforme, quand un événement fort simple vint tout à coup arrêter ses projets : tourmenté par une gale qu'il n'avait pu guérir par la méthode ordinaire, et qu'il fit disparaître par le soufre, il se dégoûta soudain de la médecine, qu'il taxa d'incertaine. Dès lors il abjura sa profession, et crut même avoir dérogé à sa noblesse, en se livrant à un tel état. Dans son dépit il prit la résolution de quitter sa patrie, pour n'y plus jamais rentrer. Il fit don de ses biens à sa sœur, et, pour mettre le comble à son mépris pour l'art de guérir, il dissipa tout l'argent qu'il avait retiré de la vente de ses livres, et se mit à voyager (3).

(1) Cette notice est extraite en partie de la notice nécrologique sur Vanderlinden par Maréchal, publiée dans le tom. VII des nouv. mém. de l'Acad. de Bruxelles.

(2) Les lettres dans lesquelles il fait valoir auprès de sa mère, les motifs qui l'engageaient à suivre la médecine de préférence à toute autre carrière, sont écrites en flamand, mais avec une énergie remarquable. Elles existent encore dans la bibliothèque d'un parent de Van Helmont.

(3) Juvenis ego, rebus cunctis prorsus inutiles, homo non frugi, et qui superperàm studies applicuerat, Deo me commendavi, cum intentione proficiscendi peregrè, medicinam deferendi, atque in patriam redeundi nunquam (tumuli pestis p. 147).

Van Helmont après avoir erré, pendant dix années, dans différens pays, rencontra un empirique, qui l'initia à la connaissance de la chimie. Cet homme singulier prit goût pour cette science avec son emportement ordinaire, et se mit à chercher dans la chimie le remède universel. Au bout de deux ans d'un travail assidu, il parvint à la connaissance de quelques remèdes. Ces succès ranimèrent son espoir et lui rendirent son ancienne passion pour la médecine; mais c'était une médecine nouvelle et toute de sa création.

En 1610, Van Helmont demanda et obtint la main d'une demoiselle, jeune, belle, noble et vertueuse. Dès lors il se retira à Vilvorde, où il se renferma plus que jamais dans son laboratoire. Il fit un grand nombre d'expériences chimiques, qui souvent manquèrent de lui coûter la vie (1). Il ne voyait guère des malades et restait sédentaire chez lui; cependant il assure dans ses écrits qu'il guérissait chaque année plusieurs millions de personnes.

L'électeur de Cologne, qui cultivait les sciences et recherchait les savans, voulut attirer ce grand homme chez lui; vainement l'empereur Rodolphe et ses successeurs Mathias et Ferdinand II lui firent les offres les plus séduisantes. Van Helmont sentait tout le prix de ces avances, mais il préférait le silence de son laboratoire au bruit et à l'agitation des cours.

Pendant sa retraite à Vilvorde, Van Helmont soumit à son examen presque tous les corps de la nature. La chimie dans son enfance, n'avait ni règle ni méthode; les théories sur l'air, sur l'eau, sur le feu combiné, sur les fluides élastiques, enfin la division des gaz, leur densité, la connaissance des élémens primitifs, leurs propriétés, tout cela était très-peu connu. Cet homme extraordinaire, par la seule force de son génie, devina tous ces phénomènes; il s'apperçut combien étaient fausses les théories suivies en médecine; il les combattit avec une grande force de talent, et parvint à les discréditer entièrement; mais il poussa trop loin la censure, en accusant d'imposture la médecine des anciens Grecs. Prévenu en faveur de la chimie, il réduisit tout l'art de la médecine aux principes de cette science.

Selon Van Helmont, il existe en nous deux principes, ayant des degrés divers d'intelligence : l'un (le ducemvirat) siége dans l'estomac et la rate, et préside à toutes les actions de l'ame; l'autre qu'il a nommé Archée, est un principe immatériel, existant dans la semence avant sa fécondation, et présidant à son développement et à tous les phénomènes que présente par la suite le corps organisé. On voit que l'Archée de Van Helmont ne s'éloigne pas beaucoup du naturisme d'Hippocrate, de l'autocratie de l'ame établie par Stahl, ni des théories modernes sur les propriétés vitales. Cet être abstrait ne diffère point de l'homme intérieur de Sydenham. Avec des expressions diverses, ce sont toujours, de part et d'autre, les mêmes vues sur la condition intérieure et

(1) Idiota namque se mihi associabat, qui pyrotechniæ, manualia saltenè, noverat (ibidem).

secrète en vertu de laquelle la vie déploie son activité sur la matière. Seulement dans le langage poétique et figuré de Van Helmont, cette condition personnifiée, prend des couleurs plus vives et plus passionnées.

Outre cet Archée principal, Van Helmont en admet plusieurs autres : il distribue des archées subalternes dans chacun des viscères, au foie, aux intestins, aux reins, la matrice, etc. Le chef suprême leur envoie ses ordres, auxquels ils sont tenus de se conformer : dans ce cas la santé n'éprouve aucun trouble ; mais la moindre désobéissance d'un archée détruit l'harmonie de nos fonctions, et tous les autres archées tombent dans le trouble et les dissensions. Mais le plus séditieux, le plus inconsidéré de ces archées est sans contredit l'utérus, qui, soufflant partout le feu de la discorde entre les organes, tente de les entraîner dans sa faction, ou lève contre eux l'étendard de la révolte, et précipite toute la confédération dans les horreurs de l'anarchie. Que veut ici représenter le pinceau dramatique de Van Helmont ? si ce n'est d'une part l'influence qu'exerce l'estomac sur les autres organes, influence qu'il a révélée le premier; et de l'autre, leur inégale sensibilité, et leur influence plus ou moins profonde et plus ou moins étendue sur l'ensemble des actions. Cette doctrine des archées est au fond celle de Rega (1) et de Broussais sur les sympathies. Ces auteurs, dans un style moins pittoresque et moins figuré ne font que le répéter, mais avec des expressions différentes ce que l'illustre médecin brabançon avait déjà dit plusieurs siècles avant eux.

On attribue à Broussais et à Rega d'avoir avancé les premiers cette assertion capitale, qui a tant agité, et qui agite encore le monde médical, que les fièvres essentielles des auteurs sont des affections locales, qu'elles ont leur siége dans les voies digestives. C'est une erreur que tout le monde partage et qu'il nous sera pourtant facile de relever : ce que Rega, dans son ouvrage sur la sympathie, dit sur le siége des fièvres, n'est qu'un développement de la doctrine de Van Helmont ; et quand le célèbre fondateur de la médecine physiologique a avancé que les fièvres, dites essentielles, appartenaient à des affections des voies digestives, il n'a fait que répéter ce que l'illustre médecin de Bruxelles avait déjà dit trois siècles auparavant. Sans m'engager dans de fastidieuses discussions, je prouve de suite, ce que j'avance par les passages suivans extraits textuellement des ouvrages de Van Helmont :

Nidus ergò febrium, in primus et officinis : extenditur scilicet à pyloro, per duodenum, et vasa ibidè multiplicia, intestina item, vena mesenterei, lieni, usquè ad hepar. Meam de sede febrium doctrinam confirmant nausea præcipuè carnium piscium, et quæ facilè cadaveris instar olent, perhorrescentia, mox à febrium introïtu, sitis item, inappetentia, cephalalgia sinciptis, hemicrania sinistri lateris, deliria, sopor, vigiliæ anxietates topica circà os stomachi, ructus nidrosi ; consternata digestio, vomitus, linguæ quoque amaror, siccitas fissuræ, nigredo, œte. (2).

At saltem hinc patet, stomachum esse palæstram certaminis febrilis. Tùm huic conceptui statim suffragatur sitis, plerasque febres comitans (1).

Appetitus ergo subitanea aversio, horrorque ciborum, potnumque fastidiosus delectus in febribus, sitis penè insatiabilis, vomitus, nausea, anxietas cum suspiriis, vigilia subindè continua, non ratus deniquè sopor, vel deliria, locum, sive sentinam febrilem, delegunt, accusant que stomachum, ejusve vicina (2).

Je m'abstiens de toutes espèce de commentaire sur ces passages ; quand une opinion est exprimée aussi clairement, il est au moins inutile d'en venir à des explications.

Lorsque Van Helmont annonçait les merveilles opérées par sa chimie, et qu'il se disait possesseur d'un remède universel capable de prolonger la vie des hommes, il y croyait de bonne foi ; car c'était un homme de probité et d'honneur, qu'il ne faut point confondre avec ces charlatans, qui ne cherchent qu'à tromper : il donnait des conseils et des médicamens aux pauvres, et aux gens peu aisés, et n'en voulait recevoir aucun salaire. Toutefois, malgré sa science, il mourut lui-même à l'âge de 67 ans. Voici les ouvrages qu'il a publiés.

De magnetica vulnerum naturali et legitima curatione contrà Johannem Roberti Soc Jesu theologum. Parisiis 1621.

La faculté de théologie de Louvain ayant jugé que cet ouvrage était manifestement hérétique, fit enfermer l'auteur dans la prison de l'archevêché de Malines, et Van Helmont fit pour en sortir ce que l'amour de la liberté fit faire à tant de savans persécutés : il se retracta et déclara qu'il abjurait ses erreurs (3).

Supplementum de spadanis fontibus, Leodii, 1624, in-8.

Febrium doctrina inaudita. Antverpiæ, 1642, in-12.

Opuscula medica Inaudita 1° lithiasi ; 2° de fibribus ; 3 de humoribus galeni ; 4° de peste coloniæ Agrippinæ, 1644 in-8°.

Les œuvres complètes de Van Helmont ont été imprimées sous ce titre :

Ortus medicinæ. idest, initia physica inaudita, progressus medicinæ novus in morborum actionem advitam longam. Amstelodani, 1648, 1652, in-4°, Venetiis, 1651, in-fol.

Et sous le titre :

Opera omnia. Lguduni, 1655, in-fol. Leida, 1667, in-fol. Francofurti, 1682, in-4°. Hafniæ, 1707.

En français Lyon, 1671, in-4°. En hollandais Rotterdam, 1660, in-4°. En anglais Londres, 1662, in-4°.

VANHELMONT (François-Mercure), *de Vilvorde.*

Ce médecin qui était fils du précédent hérita du goût de son père pour les sciences occultes ; il étudia aussi la médecine, mais il s'appliqua davantage à la chimie. Doué d'un esprit très-étendu, il avait appris un grand

(1) De sympathiâ.

(2) Ortus medicinæ, edit quarta, de febribus caput XII, p. 97.

(1) Idem opus, caput XVII, p. 108.

(2) Idem opus, caput cap. XVII, p. 108.

(3) Foppens, art. Van Helmont.

nombre d'arts et de métiers : il savait graver, peindre, tourner, et même faire de la toile et des souliers. Il parcourut l'Europe avec une troupe de Bohémiens, afin d'apprendre leur langue et leurs usages. Il fut arrêté en Italie, et jeté dans les cachots de l'inquisition. Rendu à la liberté, il se rendit en Allemagne où il annonça avoir retrouvé la langue que tout homme parlait, naturellement, avant la corruption de l'état social, et alla jusqu'à soutenir qu'un muet de naissance en articulerait les caractères, à la première vue. Il se donnait le titre de *chercheur*, croyait ou feignait de croire à la metempsycose, à la panacée universelle, à la pierre philosophale; et comme ses dépenses étaient au-dessus de ses revenus, on lui supposait le secret de faire de l'or. Il mourut, en 1699, à l'âge de 81 ans, non à Cologne comme le dit Moreri (1), mais à Colln, l'un des faubourgs de Berlin (2) où il s'était rendu à la sollicitation de l'électeur de Brandebourg. Le célèbre Leibnitz, qui s'est plaint, qu'on eut sitôt et si facilement oublié cet homme singulier, lui fit cette épitaphe :

Nil patre inferior sacet hic Helmontius alter
qui Junxit varias mentis et artis opes
Perquem Pythagoras et cabbala sacra revixit
Elausque, parat qui sua cuncta sibi.

Franç. Vanhelmont publia les manuscrits de son père, sous ce titre : *Opuscula Medica inaudit* (voyez l'article précédent). On lui reproche de n'avoir pas donné à cette édition tous les soins dont il était capable. On a de lui :

Alphabeti verè naturalis hebraïci brevissima delineatio quæ si mût methodum suppeditat juxtà quam qui surdi natisunt, sic informari possunt, ut non alios saltèm loquentes intelligant, sed et ipsi ad sermonis usum perveniant. Sulzbach, 1667, in-12.

Seder olam, sive ordo sœculorum, historicæ enarratio doctrinæ. 1693, in-12.

Quædam premeditatæ et consideratæ cogitationes super quatuor priora capita libri Moïsis, genesis nominati. Amsterdam. 1697, in-8.

Il a encore publié plusieurs opuscules en allemand et en hollandais, dont l'un traite d'un remède souverain contre la peste, un autre de l'enfer, etc.

VESALE (André), *de Bruxelles.*

Ce grand anatomiste naquit à Bruxelles en 1513 (3). Son père était selon les uns opticien de la princesse Marguerite, tante de Charles V. et selon les autres (4) pharmacien de cet empereur. Son goût pour l'anatomie se fit sentir de très-bonne heure ; Caron raconte que Vésale encore enfant se plaisait à disséquer différentes espèces d'animaux, tels que rats, taupes, chiens, etc. (1). Destiné par ses parens à l'exercice de la médecine, il se prit d'une telle passion pour l'anatomie, qu'on le vit à Louvain d'abord, puis à Paris, surmontant avec un courage admirable tous les dégoûts et même les dangers attachés à cette science. Il passait des nuits entières, au milieu des cadavres, soit à la butte de Montfaucon, soit au cimetière des innocens. Il fit de tels progrès dans cette science, qu'il surpassa bientôt son maître Gouthier d'Andernach, qui n'hésita point à lui confier la publication de ses ouvrages.

Vésale se mit ensuite à voyager ; il se rendit en Italie, où il fut précédé d'une telle renommée, que le gouvernement de ce pays s'efforça de l'y retenir, en lui offrant de grands avantages, et en le nommant professeur d'anatomie, d'abord à Pavie, puis à Bologne, et enfin à Pise.

C'est dans cet intervalle, en 1543, que parut à Bâle la 1re édition de sa grande anatomie, avec des planches. Vésale était à peine âgé de 28 ans, et selon l'expression de Senac, il avait découvert un nouveau monde. Pour la première fois, en effet, les organes de l'homme se trouvèrent décrits, tandis que jusques là, on s'était contenté de disséquer des singes, des porcs et d'autres animaux reputés semblables à l'homme ; aussi l'admiration fut universelle : de toutes parts les élèves accouraient aux leçons de Vésale : les maîtres eux-mêmes descendaient de leurs chaires désertes, et venaient grossir la foule des auditeurs. Quelques-uns toutefois ne voyaient point sans envie un tel succès ; Sylvius, entre autres, sous prétexte de défendre Galien, poursuivit Vésale au milieu de ses triomphes, en soutenant, publiquement, que le médecin de Pergame avait disséqué des cadavres humains, et s'oublia jusqu'à ce misérable jeu de mot : *Vesalium non esse sed vesanum.*

Vers 1543, Vésale fut appelé à la cour de Charles V, pour y remplir la charge de son premier médecin ; et lorsque ce prince dégoûté des affaires et du monde abdiqua l'empire, il fut continué dans le même emploi, sous Philippe II. Homme de cour, et devenu à peu près étranger à l'anatomie, il sortit momentanément d'un trop long sommeil, pour répondre à Fallope, dont l'anatomie publiée, en 1551, renfermait un grand nombre de découvertes, et indiquait plusieurs corrections à faire dans celle de Vésale. Disciple de ce grand maître, Fallope ne s'était point écarté du respect qu'il lui devait. Vésale en publiant sa défense parut, il faut l'avouer, au-dessous de lui-même ; c'est du moins le jugement qu'en portent ses deux illustres éditeurs. Cependant riche, puissant, et considéré à cette cour de Madrid, où affluaient les trésors du nouveau monde, et qui à cette époque exerçait sur les autres états de l'Europe une si grande influence, Vésale jouissait de sa gloire, et y favorisait de tout son pouvoir l'étude de l'anatomie, autant du moins que cela était possible

(1) Dict. historique.

(2) Il y a encore d'autres variantes sur ce point. J. G. Wachter pense que Vanhelmont mourut à Emmerick en décembre 1698; Foppens le fait mourir en Suisse.

(3) Foppens ouv. cité.

(4) Melch. Adam. vita Germanorum med., p. 130.

(1) Adamus oper. cit. pag. 130.

en Espagne, à côté de l'inquisition, et sous un prince tel que Philippe II, lorsque selon Petrus Languetus (1) une accusation singulière vint le jeter dans l'abîme du malheur.

Un gentilhomme espagnol mourut en 1564; Vésale qui n'avait pu venir à bout de connaître la cause de sa maladie, demanda aux parens la permission d'ouvrir le cadavre. On le lui accorde. Il dissèque; les assistans croient s'apercevoir que le cœur palpite encore, et courent en avertir la famille du gentilhomme, qui, indignée de cette méprise, intenta un procès criminel au malheureux Vésale, et le déféra à l'inquisition. Ce tribunal alors si sévère, demanda la mort du prétendu coupable, et les prières de Philippe II obtinrent difficilement, dit-on, que la peine fut commuée en un pélérinage à la Terre-Sainte (2).

En conséquence, Vésale passa en Chypre, avec Jacques Malastesta, général des Vénitiens, et de là à Jérusalem; il y était encore lorsque le sénat de Venise l'engagea à venir occuper la chaire d'anatomie que Fallope avait laissé vacante par sa mort. Soit qu'il eut accepté cet offre, soit que d'autres raisons l'eussent engagé à revenir en Europe, il est certain qu'il ne tarda point à s'embarquer. Mais son vaisseau ayant fait naufrage, il fut jeté dans l'île de Zante, où il mourut de faim, selon les uns, et de maladie selon les autres (3). Un orfèvre qui aborda par hasard en cet endroit, lui procura une sépulture honorable dans l'église de la Sainte-Vierge de la même île, et fit mettre cette inscription sur son tombeau :

Tumulus
Andreæ Vesalii Bruxellensis
qui obiit edibus octobris anno MDLXIV
ætatis vero suæ L
quum hierosolymis rediisset.

S'il faut en croire Albinus et Boërhaave, auteurs de l'excellente biographie de Vésale, renfermée dans la préface de la collection de ses œuvres, les moines espagnols lui firent cruellement expier ses éternelles plaisanteries sur leur ignorance, leur costume, et leurs mœurs. Les inquisiteurs saisirent avec avidité l'occasion offerte pour se débarrasser d'un savant incommode. Comme Socrate, chez les anciens, et tant d'hommes illustres, parmi les modernes, Vésale mourut victime de cette guerre tantôt sourde, et tantôt déclarée, que les apôtres de l'erreur et du mensonge firent, de tout temps, aux scrutateurs de la nature et de la vérité.

(1) Adamus. p. 133.

(2) Il est surprenant que Mirœus (Elogia Belgica) qui était de Bruxelles et presque contemporain de Vésale, ne fasse aucune mention de cette étrange aventure. Voici comment il s'exprime à propos du voyage de Vésale en Palestine : Aulicœ tanden vitæ pertœsus, visendaque Palestinæ studio ac Religione Ductus, unà cum Malatesta Ariminensi Cyprum, indèque hierosolyma adiit.

(3) Aubert Mirœus p. 96.

Vésale était non-seulement un grand anatomiste, c'était encore un habile praticien. Il exerça la médecine, à la cour, avec beaucoup de distinction. Il excellait surtout dans le pronostic des maladies. On rapporte qu'ayant prédit le jour et l'heure à laquelle Maximilien comte de Buren devait mourir, il mourut précisément au jour et à l'heure qu'il avait indiqués (1). Le fils de Philippe II était réduit à un état désespéré, lorsqu'on fit appeler Vésale, qui guérit l'auguste malade en lui faisant une incision au péricrâne (2). Voici les ouvrages qu'il a publiés :

Pharaphrasis in nonum librum Rhazæ ad Almansorem, de affectuum singularium corporis partium curatione. Basileæ, 1537, in 8° Lugduni, 1551, in-12. Wittebergæ 1587, in-8°.

Epistola docens venam axillarem cubiti in dolore lateri secandam, et melancholicum cævene portarum ramis ad sedem pertinentibus purgari. Basileæ, 1539. in-4°.

Suorum de corporis humani fabricâ librorum epitome. Basileæ, 1542, in-fol. Parisiis, 1560, in-8°. Wittebergæ, 1582, in-8°. Colonia Agrippinæ, 1600 in-fol. Lugdini batav, 1616; in-4°, avec les notes et les commentaires de Pierre Paaw. Amstelodami, 1617, in-fol. Ibidem, 1633, in-4° avec les notes de Paaw. Ibidem, 1642, in-fol., avec les annotations de Nicolas Fontanus. On recherche cette édition, tant pour les figures qu'on y a ajoutées, que pour les observations intéressantes qu'on y trouve sur l'anatomie pratique. Londini, 1642, in-fol. En allemand, par Albanus Torinus, Bâle, 1542, in-fol. maximo.

De corporis humani fabricâ, libri, VII. Basileæ, 1543, in-fol. regali, avec de belles figures gravées en bois. Une seconde édition augmentée et corrigée par l'auteur, fut publiée aussi à Bâle, en 1555. Depuis lors cet ouvrage a été plusieurs fois réimprimé : à Venise en 1604; à Lyon, en 1652, à Franefort, en 1604 et en 1632, à Paris en 1564, à Anvers, en 1572, in-fol., à Amsterdam, en 1617 et 1640, in-fol. Un grand nombre de traductions en ont été faites dans toutes les langues.

De radice chinæ epistola de modo ac ratione propinandi radicis chinæ decocti. Venetiis, 1542, 1546, in-8°. Basileæ, 1543, in-8°, 1546, in-fol. Lugduni, 1547, in-12.

Anatomicarum Gabrielis Fallopii observationum examen Matriti, 1561, Venetiis, 1564, in-4°. Hanoviæ, 1609, in-8°.

Consilium pro illustrissimi terræ-nova ducis fistula. Venetiis, 1568, in-4°.

Chirurgica magna in septem libros digesta. Venetiis, 1569, in-8°.

Opera omnia anatomica et chirurgica. Lugd. Batav., 1725, 2 vol. in-fol. avec de belles figures, par les soins de Boërhaave et de Bernard Sigefred Albinus.

Vésale a enrichi l'anatomie d'un grand nombre de découvertes. Avant lui elle méritait à peine le nom de science, et c'est à bon droit qu'il en est regardé comme le créateur. Avec un génie supérieur, et une patience à toute épreuve, Vésale acquit de si profondes connaissances sur la structure du corps humain qu'il fut l'ornement de son siècle et l'admiration des suivans.

VESALE (François), *de Bruxelles.*

Ce médecin était frère cadet du précédent. L'étude de

(1) Adamus ouv. cité p. 132.

(2) Même ouv., p. 132.

la médecine fut sa passion dominante. Il employa une partie de sa vie à voyager ; et comme il était excellent anatomiste, il fut arrêté à Ferrare pour y donner des cours d'anatomie. Las enfin d'errer de contrées en contrées, il vint rejoindre son frère en Espagne, où il mourut en 1555, lorsqu'il était occupé de la défense des écrits de ce grand anatomiste, à qui les occupations de la cour ne permettaient guère alors de se livrer au travail du cabinet.

VIRINGUS (Jean Wautier), *de Louvain.*

Viringus ou Van Vieringen naquit vers l'an 1539. Après avoir terminé ses études par le grade de licencié en médecine, il vint s'établir à Tervere, en Zélande. Il revint dans sa ville natale en 1571, s'y fit recevoir docteur en médecine et ne tarda pas à être nommé professeur de la première chaire de la faculté, qui était vacante par la démission de Guillaume Bernaerts.

Après la mort de sa femme, vers l'an 1578, il embrassa l'état ecclésiastique, et devint par la suite chanoine de la cathédrale d'Arras, et chapelain des archiducs Albert et Isabelle.

Viringus a donné en flamand un abrégé du théâtre anatomique de Vesale, qui fut imprimé à Bruges en 1569 in-4°. Il a publié en latin :

Tabula isagogica ossium corporis humani conniaionem ac numorum complectens, olim Lovanii edita, nunc recognita et aucta, Duaci, 1597, fol. patente.

De jejunio et abstinentiâ Medico-Ecclesiastici libri quinquè Rigiaci Atrebatum, 1597 in-4°.

VANVLIERDEN (Daniel), *de Bruxelles.*

Ce médecin du 16me siècle était d'une famille patricienne, originaire d'Oirschot, et qui possédait anciennement la seigneurie de Vlierden. C'est ainsi que le rapporte Paquot dans ses mémoires. Après avoir étudié la philosophie à Louvain, il fréquenta les cours de théologie pendant quatre ans et paraissait décidé à se faire ecclésiastique ; mais il changea de goût et se rendit à Bologne, en Italie, où il se fit recevoir docteur en médecine. A son retour à Bruxelles, son habileté lui mérita la place de médecin de Marie d'Autriche, sœur de Charles V et douairière de Louis, roi de Hongrie. On a de lui :

Epistola, non minus theologica quam medica, ostendens medicum non corpori solum, virum etiam animæ suppeditas dare basiliæ, 1544 in-8°.

WINCKELE (Jean de), *de Louvain.*

Ce médecin remporta la première place à l'âge de 16 ans, au concours de philosophie de l'an 1506. Il fit de grands progrès dans l'étude de la médecine et fut reçu docteur en 1515. Après la mort de sa femme, son état de viduité le rendit habile à la charge de recteur, et il y fut nommé en 1552. Il n'occupa pas longtemps cette charge, car il mourut en 1554, à l'âge de 64 ans. Ce médecin fut beaucoup regretté tant pour les qualités du cœur, que pour celles de l'esprit. L'université de Louvain l'a mis au nombre de ses bienfaiteurs, pour avoir fondé le collége qui porte son nom. On lui fit une épitaphe conçue en ces termes dans l'église de Saint-Pierre.

Hic jacet spectabilis ver
D. Joannes à Winckele
Civis Lovaniensis,
Artium et medecinæ doctor insignis
Viræ pietatis et publicæ utilitatis cultor perpetuus
obiit anii XVC LIXI, die XXVII martii.

ZANTVLIET (Jean de).

Ce médecin était, selon Éloy, de la province de Brabant (1) et vivait au commencement du XVIe siècle. Foppens, qui naquit dans la même province, se borne à dire qu'il était auteur d'un traité : *De diætis totius anni,* dont on a une édition de Lyon. 1515, in-4°, avec l'ouvrage de Magninus, qui est intitulé : *Regimen sanitatis.*

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Considérations sur la blépharophthalmie catarrhale des armées, qui règne épidémiquement parmi les troupes belges ; par Burkard EBLE ; traduit de l'allemand, sur le manuscrit de l'auteur, avec des notes, par J. A. Von Kriss et F. Cunier, médecins attachés à l'armée belge. — Bruxelles, chez Tircher ; Louvain, chez Massar-Meyer.

Dans une analyse que nous fîmes du mémoire allemand de M. Burkard Eble « sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge », insérée dans ce journal (n° de mars, 1836, p. 75) nous exprimions le regret que le traducteur de l'ouvrage sur la *structure et les maladies de la conjonctive* du même auteur, n'avait pas enrichi son travail de ce nouveau document émané de la plume d'un des ophthalmologues les plus distingués de l'Allemagne, et qui par sa position et sa longue expérience est à même de répandre du jour sur ce sujet important; nos regrets étaient d'autant plus fondés, que le mémoire en question a trait non-seulement à l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge, mais que, moins abstrait et moins sec que le premier ouvrage, il nous paraissait plus accessible à la généralité des médecins et fait connaître avec plus de précision les opinions de l'auteur allemand. Nous ignorions alors que deux médecins distingués de l'armée belge touchaient au moment où ils allaient remplir le vœu que nous venions d'émettre.

Nous nous félicitons aujourd'hui de voir venir aussi rapidement la réalisation à la rencontre de nos désirs

(1) Dict. de la méd. anc. et moderne, tom. IV p. 613.

et nous remercions sincèrement, au nom de la science, MM. Cunier et Von Kriss d'avoir doté la littérature médicale belge de cette importante production. Nous sommes d'autant plus charmés de recevoir cette traduction de la plume de M. Cunier, que nous avions déjà appris par la lecture de l'original allemand, que ce médecin se trouvait en relation directe avec M. Eble, qui, dans son ouvrage, s'appuie entre autres sur les données qui lui ont été fournies par M. Cunier lui-même, relativement aux causes actives de l'ophthalmie en Belgique.

Pour ce qui regarde le corps de l'ouvrage, nous renvoyons nos lecteurs à l'analyse sus-mentionnée de l'original allemand (1). Nous avons lu avec intérêt les notes dont M. Cunier a accompagné le texte. Leur teneur modeste et impartiale les distingue avantageusement d'avec un autre genre de notes que nous avons déjà cru devoir blâmer, dans l'ouvrage traduit par M. de Losen, et dont M. l'inspecteur général nous régale de nouveau à l'occasion de l'insertion de la traduction de MM. Cunier et Von Krifs dans le journal *l'Abeille;* traduction qui diffère beaucoup de celle que ces médecins publient aujourd'hui, et contre laquelle ils réclament, attendu qu'elle n'avait été remise à M. Vleminckx qu'après huit ou dix jours de travail, afin qu'il put se former une idée de l'écrit, et non pour être livrée à la publicité, comme il l'a fait, sans même nommer les traducteurs. Nous ne savons pas trop, si M. Eble sera fort enchanté de voir son texte en si belle compagnie; car il n'a qu'à rapprocher toutes les notes de MM. Vleminckx et de Losen, et il aura la critique la plus amère, dont on puisse accabler un auteur. Dans une introduction, adressée à ses *camarades,* et dans une note, (p. 22), nous voyons avec plaisir M. Cunier prendre la défense du corps auquel il appartient, concernant les attaques que M. Jungken a cru devoir lancer contre les médecins et le service sanitaire de l'armée belge; et quoique nous soyons loin de penser que l'organisation de ce service ne laisse plus rien à désirer, (chose dont M. Cunier convient lui-même, lorsqu'il dit par exemple (note p. 23) «que chez nous le personnel médical de l'armée est *insuffisant* pour les exigences les plus impérieuses du service»), nous ne comprenons pas encore de quel droit M. Jungken a pu déverser ses blâmes exagérés et traiter les médecins militaires en Belgique d'aussi haut qu'il l'a fait.

Dans la note, p. 29, M. Cunier ajoute un excellent commentaire *de faits* à l'idée qui nous paraît une des plus importantes de l'ouvrage de M. Eble, concernant les mesures hygiéniques et médicales. «J'ai la conviction, dit M. Eble, que la *cause principale* (de l'ophthalmie dite d'Egypte) réside dans l'air infecté d'une manière spécifique, *par le rassemblement d'un grand nombre d'ophthalmistes dans une chambre proportionnellement trop petite* ou dans la constitution de l'atmosphère non corrompue par des exhalaisons animales ou renfermée dans une salle. «M. Cunier a rassemblé dans son annotation à ce passage, plusieurs faits qui se sont passés en Belgique, dans les hôpitaux militaires de Bruxelles, de Herrenthals, de Lierre, de Mons, de Gand et de Louvain, et qui tous viennent prouver qu'il ne faut que l'encombrement et le rassemblement des ophthalmies purulentes avec des convalescens ou avec des individus affectés de légers maux d'yeux, pour que souvent en une seule nuit l'affection purulente s'étende sur la plupart d'entre eux. C'est ce même mode de propagation de l'ophthalmie purulente, dont nous nous sommes convaincus nous-mêmes, pendant que nous suivions attentivement la marche de cette maladie, en 1833, à l'hôpital militaire de Bruxelles, qui nous a fait établir la proposition suivante dans un mémoire sur l'ophthalmie (1). «Le miasme de l'ophthalmie militaire *agissant sur les autres genres d'ophthalmie et surtout sur la conjonctivite catarrhale, en sorte qu'il peut les transformer elles-mêmes en ophthalmie militaire*, le rassemblement des différentes espèces d'ophthalmie avec l'ophthalmie militaire *dans les mêmes salles des hôpitaux,* doit naturellement augmenter le nombre des individus atteints de la dernière et multiplier ainsi la contagion. Il sera donc nécessaire *de séparer strictement les uns des autres,* de réunir les ophthalmistes contagieux dans des salles pourvues de tous les moyens propres à détruire la contagion et d'éviter le contact avec les autres, et d'assigner des salles particulières aux genres innocens d'ophthalmie.» Qu'on lise les faits recueillis par M. Cunier, qu'on aille observer soi-même les faits qui se présentent chaque jour dans les hôpitaux militaires de la Belgique, et qu'on nous dise alors ce qu'il faut croire des assertions avancées par M. Vleminckx dans une note, relative au même passage de M. Eble (Abeille, 1836, tom. II, pag. 15). «Voulez-vous des exemples par milliers, (ce sont les mots propres de M. l'inspecteur-général), qui vous démontrent de la manière la plus évidente que *l'atmosphère infectée d'une chambre, où se trouvent réunis un grand nombre d'ophthalmistes,* n'a point propagé la maladie? je suis prêt à les fournir. Mais dites nous donc sur quels faits, vous basez votre opinion»..... «C'est, me semble-t-il,» dit plus tard le commentateur de la traduction du mémoire de M. Eble, compter un peu trop sur la crédulité de ses lecteurs que d'oser avancer une pareille proposition, en présence de ces faits incontestables que l'ophthalmie dite *contagieuse n'affecte qu'une seule classe de la société.*» Il faut vraiment être aveugle pour oser nier les faits qui se sont accumulés dans les ouvrages sur ce fléau et dont le nombre vient encore d'être grossi par ceux rapportés dans la note de M. Cunier, lesquels prouvent à l'évidence que l'atmosphère infectée dans un espace où se trouvent encombrés des ophthalmies purulentes avec d'autres genres d'ophthalmies, est apte à transformer ces dernières affections en ophthalmie contagieuse. Quoique nous n'osions prétendre que

(1) La brochure allemande, publiée par M. Eble, est sous le rapport des opinions entièrement conforme au manuscrit, qui a servi de base à la traduction de MM. Von Kriss et Cunier.

(1) Voir Bulletin médical belge, n° de septembre, tome Ier, 1834.

M. Vleminckx nous accorde plus de foi qu'à des autorités telles que MM. Jungken, Eble, et la plupart des ophthalmologues allemands et anglais, qui ont eu occasion d'observer cette maladie, nous croyons cependant devoir corroborer leurs expériences par le résultat de nos propres observations. Nous avons souvent examiné pendant des mois et jour par jour les ophthalmistes, qui se trouvaient confondus les uns avec les autres dans une salle de l'hôpital militaire de Bruxelles, et nous avons été à même de suivre, pour ainsi dire, pas à pas, les modifications survenues dans l'aspect de la conjonctive chez des individus entrés avec une simple conjonctivite catarrhale, modifications qui s'opéraient quelquefois très-graduellement et qui ne laissaient pas méconnaître à une observation exempte de préjugés, l'influence d'un miasme circonscrit dans l'enceinte de cette salle. Car il ne fallait qu'éviter de placer les individus affectés de simple catarrhe de la conjonctive dans la dite salle, pour qu'ils échappassent à cette altération de la conjonctive, qui rendait l'affection si rebelle chez leurs camarades. Ce fait, nous l'avons constaté maintes fois, et nous sommes convaincus, qu'il existe encore aujourd'hui tel qu'il a existé en 1833. Ajoutons à ceci un nouveau fait que M. Cunier vient de nous communiquer et qu'il nous a autorisé de faire connaître. «En 1833, nous écrit ce médecin rempli de zèle, le camp de Diest était occupé par deux régimens, le 1er chasseurs à pied et le 4e de ligne. Le dernier de ces régimens était décimé par l'ophthalmie, tandis que le nombre d'affectés chez le premier était excessivement restreint. Le colonel du 1er chasseurs et M. le docteur Brinck prirent des mesures pour traiter les ophthalmistes du régiment sans qu'ils fussent mis en contact avec ceux du 4e. L'affection conserva son caractère de bénignité; un grand nombre des soldats du 4e perdirent la vue.» M. Vleminckx se borne à promettre des faits qu'il dit être prêt à fournir. M. Cunier a mieux fait, à notre avis, il en a fourni et ils sont concluans. Quant à l'argument produit par M. Vleminckx à l'effet de réfuter l'opinion de M. Eble, *que l'ophthalmie dite contagieuse n'affecte qu'une seule classe de la société* et que par cela même l'affection ne peut pas être le résultat d'une constitution atmosphérique particulière, nous craignons presque encourir le reproche de débiter des lieux communs en rappelant à M. l'inspecteur-général les faits connus de tout le monde, de la propagation de cette même maladie, parmi les habitans *non-militaires* des contrées du Bas-Rhin, des environs de Klagenfurth, dans plusieurs pays méridionaux, comme le royaume des deux Siciles, l'Egypte, pays dont le nom s'est même rattaché inséparablement à celui de l'ophthalmie en question. En outre, ne voyons-nous pas le même genre d'affection porter la désolation dans les hospices de maternité et exercer les mêmes ravages sur les nouveau-nés que sur nos soldats? M. Vleminckx aurait-il oublié le fait rapporté par M. Guillié (Bibliothèque ophthalmologique, tom. 1, pag. 74) d'un vaisseau français, destiné au transport de 160 nègres, parmi lesquels cette ophthalmie fit de tels ravages que non-seulement les nègres et tout le reste de l'équipage en furent atteints, mais que sur le nombre des malades 51 perdirent totalement la vue? Aurait-il oublié l'histoire de sir Patrick Macgregor (1) d'une pareille ophthalmie, qui régna en 1804 dans le Military Asylum à Chelsea, vaste établissement destiné à l'éducation des enfans des soldats et où certainement les causes auxquelles M. Vleminckx attache tant de valeur dans la production de l'ophthalmie, ont été pour peu de chose? — Non, nous le répétons encore une fois, *encombrer dans la même salle d'un hôpital tout ce qui porte le nom de malade d'yeux, et même des soldats tout à fait exempts de maux d'yeux,* nous semble être une faute beaucoup plus grave, que de couper les cheveux des soldats trop court ou de négliger la toilette de leurs cols.

La traduction en elle-même, quoique nous n'ayons pu la comparer avec l'original, qui ne se trouve pas entre nos mains au moment où nous écrivons ceci, nous paraît exacte; nous dirions même *trop exacte,* si les auteurs qui se sont chargés de ce travail ingrat, ne nous prévenaient, dans leur préface, qu'ils ont plutôt préféré conserver la tournure des phrases allemandes que d'en sacrifier le sens à l'élégance du style. Le style de M. Eble est d'ailleurs *très-difficile* pour être reproduit en français et nous nous plaisons à rendre ici justice tant à MM. Cunier et Von Kriss, qu'à leur prédécesseur M. de Losen, en disant qu'ils ont les uns et l'autre rempli consciencieusement la tâche aride de traducteur; ils ont de justes droits à la reconnaissance du public médical, qui doit à leur désintéressement littéraire deux ouvrages précieux pour l'étude de l'ophthalmie militaire.

MM. Cunier et Von Kriss stimulent notre curiosité, en nous faisant espérer de voir succéder sous peu au travail dont nous venons de rendre compte, un *supplément* contenant un mémoire sur l'ophthalmie par M. Rodi, quelques réflexions de Vetch, de Schmidt et de nouvelles observations de M. Eble. Nous nous empresserons d'avertir nos lecteurs de toute nouveauté de ce genre sitôt que nous en aurons connaissance.

Dr. Canstatt.

— -

Note du Rédacteur. — Nous invitons tous les médecins qui auraient recueillis des faits propres à éclairer la question de l'ophthalmie de l'armée, quelle que soit l'opinion qu'ils professent sur l'étiologie de cette maladie, à nous les faire parvenir, nous nous empresserons de les enregistrer dans ce journal : notre seul désir étant de voir un terme au fléau qui afflige avec une prédilection peu commune nos jeunes soldats.

Nous accueillerons aussi avec reconnaissance toute espèce de travail qui tendrait au même but.

---

(1) Transactions of a Society for the Improvement of Medical and Chirurgical Knowledge. Vol. III. p. 31. London, 1812.

Répertoire général des sciences médicales au XIXe siècle. — Tome XI. EAU - ENC.

Le onzième volume de cette intéressante publication vient de paraître. Le retard même qu'il a éprouvé à voir le jour dépose en faveur de la fidélité avec laquelle les éditeurs sont décidés à remplir les promesses de leur programme : en effet, il dépend de celui que le volume correspondant du *Dictionnaire de médecine* (2e édition), l'un de ceux qui forment la base du répertoire, a éprouvé lui-même à paraître à Paris.

L'importance de ce dernier volume ne le cède en rien à celle des précédens. Les articles *emphysème*, tant celui du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, que celui du *Dictionnaire de médecine*, méritent d'être lus et médités. Les noms de MM. Bégin, Bouillaud, Louis, Murat, qui se sont chargés de les traiter, sont déjà une puissante recommandation par eux-mêmes. Je remarquerai combien il a été rationnel de séparer l'*emphysème traumatique* du *non traumatique*, de confier la rédaction du premier à des praticiens particulièrement livrés à l'exercice de la chirurgie, en réservant le dernier à des médecins qui ont fait de cette maladie une étude spéciale. Le domaine médical est si vaste, son sol si fécond et si varié, que pour l'exploiter avec succès, il faut le faire cultiver par plusieurs. La séméiologie de l'*emphysème non traumatique* a été traitée par M. Louis avec un soin tout particulier, et je ne connais aucun traité où elle soit présentée à la fois et d'une manière plus complète et plus concise. Elle est d'autant plus importante à consulter que cette maladie est beaucoup plus commune qu'on ne le pense, et son diagnostic jusqu'à présent peu connu. Des signes indiqués par M. Louis, il faut rapprocher le *bruit de frottement ascendant et descendant*, reconnu par Laënnec, constaté et confirmé par M. Raynaud, et sur la valeur duquel M. Bouillaud donne, dans son travail sur l'*emphysème non traumatique*, des explications utiles : tant il y a que tout dans cet intéressant *Répertoire* vient confirmer ce que j'ai déjà eu plus d'une fois l'occasion de dire sur l'heureuse idée d'y mettre en regard les opinions de médecins d'écoles différentes, en laissant à chacun ses expressions propres, et de suppléer ainsi à ce que l'exposition d'une seule aurait pu avoir de trop étroit et de trop systématique.

L'article *encéphale* est écrit avec beaucoup de soin; c'est un résumé parfaitement conçu de tout ce qui a été écrit dans ces derniers temps sur l'*anatomie pathologique* et la *pathologie* du cerveau, et il faudrait consulter bien des ouvrages pour rencontrer tout ce qui est offert par l'auteur avec ordre et méthode dans quelques pages.

C'est une fort heureuse idée du *rédacteur général du Répertoire* d'avoir emprunté à l'*Encyclopédie médicale anglaise* l'article *émétique*, qui supplée à ce qu'a de superficiel et de trop général celui du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. C'est, sans doute, un des meilleurs du volume, et nulle part je n'ai rencontré une discussion aussi complète, et aussi impartiale du mécanisme du vomissement. On peut ne pas être d'accord avec l'auteur sur le rôle, absolument passif, auquel il réduit l'estomac dans l'acte de vomir; mais on ne pourra lui contester d'avoir appuyé son opinion sur les raisons les plus plausibles.

Tout en reconnaissant l'affinité d'action qui existe entre tous les émétiques, il démontre qu'ils diffèrent : 1° quant au temps nécessaire pour produire leurs effets; 2° quant au degré de violence avec laquelle ils les exercent, et déduit de ces différences des considérations thérapeutiques d'un grand intérêt.

Il les divise ensuite en deux classes, suivant qu'ils agissent par l'impression qu'ils opèrent sur les nerfs de l'estomac, alors il les appelle *directs*, ou que leur effet primitif a lieu sur le cerveau et n'affecte l'estomac que par une sympathie nerveuse, alors il les nomme *indirects;* il met dans la première classe l'*ammoniaque* et les *sulfates de zinc* et de *cuivre*, toutes les autres substances vomitives étant rapportées à la seconde. Cette classification est loin de me paraître suffisamment justifiée, mais l'examen que je ferais de cette question ne pourrait pas trouver sa place ici.

Enfin, un article bien remarquable du volume que j'examine, c'est celui de l'*empoisonnement*, par le célèbre professeur Orfila. Pour en faire sentir tout le mérite, j'en présenterai une rapide analyse, regrettant, pour la satisfaction du lecteur, de ne pouvoir entrer dans les détails. Il est divisé en cinq paragraphes : dans le 1er l'auteur présente quelques notions préliminaires sur l'empoisonnement; dans un 2e il le considère dans ses rapports avec la médecine légale; un 3e est consacré au traitement; dans un 4e il parle de l'empoisonnement lent; quelques lignes sont ajoutées dans un 5e, sur l'empoisonnement considéré sous le rapport de la police médicale.

C'est au 2e paragraphe que l'auteur a donné le plus de développement; il y examine d'abord les symptômes de l'empoisonnement suivant qu'ils peuvent faire soupçonner l'action des poisons *irritans*, *narcotiques* ou *narcotico-âcres*, et renvoie pour ceux produits par les *septiques* à l'article reptiles venimeux; il dit ensuite quelques mots sur les lésions de tissus que l'on observe à la suite de l'empoisonnement. Il attaque alors la grande question : Y a-t-il eu empoisonnement? trace de main de maître les règles à observer dans les recherches de la matière suspecte et déroule un tableau à la fois concis, commode et complet des différentes substances toxiques avec les moyens de les reconnaître. Il termine par l'indication des maladies qui simulent l'empoisonnement, et des moyens pouvant conduire à déterminer si le poison a été appliqué sur les tissus avant ou après la mort.

Dans le traitement de l'empoisonnement, l'auteur distingue deux périodes suivant que le poison a été avalé depuis *peu* ou depuis *longtemps*, et présente des considérations du plus haut intérêt sur les contre-poisons : question difficile, controversée et importante.

S'il dit peu de chose des empoisonnemens lents, c'est

que dans l'état actuel de la science, il n'y a rien de satisfaisant à en dire.

Il faut ajouter que cet article, comme tous ceux qui ont quelque importance, est enrichi d'une notice bibliographique due à la savante plume du docteur Dèzeimeris.

En résumé, ce volume est en tout digne de ceux qui l'ont précédé : il présente la science telle qu'elle était à l'époque où il a paru, tout en faisant connaître les révolutions qu'elle a subies avant d'y parvenir. On conçoit sans peine, qu'étant de sa nature progressive, s'alimentant de faits dont chaque jour augmente le nombre et dont l'interprétation constitue la vraie philosophie de la médecine, elle ne se laisse pas renfermer dans les limites d'un livre, et que tel, qui était au courant la veille, ne le sera déjà plus complétement le lendemain; mais je pense qu'avec le *Répertoire* et l'*Encyclographie médicale,* dont les éditeurs ont, à mon sens, considérablement augmenté la valeur depuis le commencement de cette année, en puisant dans les journaux allemands et anglais, et faisant faire de leurs principaux articles de fort exactes traductions, l'élève et le praticien peu fortuné peuvent, à peu de frais, se former une bibliothèque qui ne les laissera jamais dans l'embarras quand il s'agira d'éclairer quelque doute ou de lever quelque difficulté.

FALLOT, D. M.

CORRESPONDANCE.

—

A M. le rédacteur du BULLETIN MÉDICAL BELGE.

Dans un mémoire inséré dans votre journal, 2e liv., février 1836, M. le docteur Peetermans, de Seraing-sur-Meuse, a avancé plusieurs faits complétement erronés que je ne puis laisser passer sous silence. Il blâme d'abord la ville de Liége de ne pas posséder d'hôpital de vénériens, et il avance que les hospices, *si riches*, à ce qu'il dit, *ont été jusqu'à refuser, il y a peu d'années, dans leur budget, quelque petite allocation qui était destinée à entretenir une chambre de publiques vénériennes, laquelle ressemblait à une prison.* Plus loin il ajoute que *ces mêmes hospices ont été jusqu'à défendre l'entrée des vénériens dans l'hôpital civil de Bavière, et tout cela* PRÉTENDUEMENT *parce qu'ils ne sont pas tenus de fournir à la dépense pour cette maladie particulière qui seule paraît faire exception.* De là il prend occasion de blâmer et la régence municipale, pour les dépenses mal conçues, selon lui, qu'elle fait en travaux d'art, d'agrément, d'utilité publique, etc., et la commission des hospices, qui ne serait pas à la hauteur de sa mission.

Sur le premier point, tout en convenant avec l'auteur que Liége, *pas plus que Bruxelles,* ne possède un hôpital spécial de vénériens des deux sexes, j'ajouterai qu'il n'y a pas un mot de vrai dans tout le reste de ses assertions concernant les hospices. D'abord la commission des hospices n'a pas eu à s'occuper, avant janvier 1834, de porter à son budget la moindre allocation pour la salle des vénériennes, parce que jusqu'à cette date, cette salle était à la charge de la commune et administrée par la Régence elle-même; et lorsqu'en 1834 le conseil de régence décida que l'entretien de cet établissement devait être porté à la charge des hospices, cette dernière administration se soumit à cette décision. Depuis un an et plus, cette infirmerie, destinée exclusivement *aux filles publiques vénériennes,* a été réorganisée complétement, les malades y sont parfaitement soignées tant sous le rapport du traitement que sous celui du régime alimentaire et de l'hygiène en général, et l'on peut assurer sans contredit qu'elle ne le cède en rien sous tous les rapports à aucune autre du même genre.

Quant à ce que l'auteur dit de l'hôpital de Bavière, cela pouvait être vrai avant l'année 1806. En effet, l'ancien réglement de cette maison religieuse en excluait formellement le traitement des maladies vénériennes; mais ce réglement fut changé à l'époque que je viens d'indiquer, modifié de nouveau en 1810, par l'établissement d'une *salle de vénériens,* puis en 1826, à laquelle date cette salle fut supprimée et les maladies vénériennes admises à l'hôpital sur le même pied que les autres maladies. Si la corporation religieuse qui dessert cette maison a fait, il y a peu d'années de l'opposition relativement aux maladies vénériennes, il y a de l'injustice à en accuser la commission des hospices qui, d'ailleurs a mis un terme à cet état de choses. Cette administration a seulement fait défense aux chefs du service sanitaire de l'hôpital d'y admettre des *filles publiques* vénériennes, parce qu'il y a une infirmerie qui leur est destinée, mais elle a en même temps recommandé à ses médecins et chirurgiens de prodiguer leurs soins à tous les vénériens qui se présenteraient à l'hôpital, et surtout aux femmes qui auraient le malheur d'être affectées accidentellement.

Il y a, comme vous voyez, Monsieur, bien loin de ce que je déclare exister, aux allégations dénuées de fondement de M. Peetermans, qui, lorsqu'il a écrit son mémoire, dans le courant de 1835, eût pu éviter de tomber dans des erreurs aussi grossières, s'il s'était donné la peine de s'adresser à la commission des hospices elle-même : cette administration se serait en effet empressée de lui donner tous les renseignemens désirables sur l'état actuel des choses.

Quant à l'établissement d'un hôpital spécial pour les vénériens des deux sexes, l'utilité d'une pareille institution à Liége peut encore être controversée, mais en attendant qu'elle soit démontrée, la commission des hospices a cru accomplir son mandat en réorganisant complétement en 1834, l'infirmerie des vénériennes, laquelle est placée sous la surveillance et confiée aux soins d'un des meilleurs médecins de notre ville, M. le docteur Sauveur, fils, lecteur à l'Université, où il a donné le cours des maladies vénériennes depuis 1826 jusqu'à ce jour, et qui tient à sa disposition et applique tous les moyens curatifs connus.

L'auteur assure que les hospices de Liége sont si ri-

ches! Il l'a entendu dire et il le répète. Eh bien, il n'en est rien encore. La commission des hospices de Liége administre neuf grands établissemens, savoir : un hôpital, deux hospices d'incurables des deux sexes, deux d'aliénés des deux sexes, deux d'orphelins des deux sexes, un hospice de maternité et l'infirmerie des filles publiques vénériennes. Elle fournit encore le logement à plus de 300 vieilles femmes auxquelles elle accorde en sus une rétribution annuelle de 60 francs, et pour tant de dépenses, elle ne compte annuellement à son budget des recettes ordinaires qu'environ 250,000 francs. Y a-t-il là tant de quoi se récrier, quand on songe que Liége possède une population de 60,000 ames, dont un tiers d'indigens.

Je ne relèverai pas les hors-d'œuvres injurieux à notre régence municipale, que M. le docteur Peetermans a intercallés si à propos dans son mémoire ; ce serait aussi moi-même m'écarter de mon sujet, j'ajouterai seulement que les torts qu'il impute à notre régence municipale actuelle sont dénués de fondement, car, par exemple, le quai de la Sauvenière a été construit sous différens gouvernemens. Les hommes passent, dans les administrations, et ceux qui tiennent aujourd'hui le timon des affaires ne peuvent sans injustice être rendus solidaires des erreurs de ceux qui les y ont précédés. Au surplus, Liége sait apprécier ses dignes élus ; elle leur tient bon compte de tout ce qu'ils ont fait et font encore pour son bien être, et tout porte à croire qu'elle leur en donnera bientôt un témoignage éclatant, en les maintenant au poste honorable qu'elle leur a confié et qu'ils occupent si dignement.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée et me croire

Liége, le 30 avril.

Votre serviteur,
Brixhe, M.-D.
Membre de la commission administrative
des hospices civils de Liége.

Le Rédacteur en chef,
Dr Marinus.

TABLE DES MATIÈRES

DU SECOND VOLUME,

AVEC LES NOMS DES AUTEURS QUI ONT COOPÉRÉ A LA RÉDACTION DU JOURNAL.

A.

Ab-irritation (mémoire sur l'), par M. le Dr. Thirion, p. 101, 125, 153, 181, 205 et 273
Absorption (considér. physiol. sur l'), par M. le Dr. Dugniolle. 314
Académie de médecine belge (vœu exprimé par le congrès médical pour la création d'une). 259
Accarain. 59
Accouchement naturel à terme et fort prompt chez une fille rachitique, dont le bassin était beaucoup trop étroit dans son détroit supérieur; obs. communiquée par M. le Dr. Bosch. 255
Aliénation mentale intermittente (obs. de), par M. le Dr. Brandeis. 260
Amaurose dépendante d'un fongus hématode énorme, né de la dure-mère sphénoïdale, par M. le Dr Thirion. 297
Anasarque (obs. d') par M. le Dr. Defooz. 306
Anatomie (traité élémentaire d') par Bayle, avec des notes, par Marinus (Anal.). 28
Arsenic (obs. sur l'). 120
Art de guérir (exercice de l'). 147
Asphyxie causée par l'air enfermé dans un puits. 99

B.

Bosch. 251 et 255
Brandeis. 260
Bronchite chronique (obs. de) par M. le Dr. Defooz. 306
Bubons vénériens (Traitement des) par les vésicatoires; par M. le Dr. Lutens, jeune. 286
Bulletin de la société de médecine de Gand. (Anal.). 231

C.

Cadavres (bain employé par M. Gannal pour la conservation des). 176
Calculs urinaires (obs. de), par M. Defooz. 305
Canstatt. 24, 39, 53, 91, 113, 289, 303, 317
Carie vénérienne frontale (obs. intéressante de), par M. le Dr Van Hecke. 167
— Quelques remarques sur cette observation; faits analogues, par M. Marinus. 171
Chimie (élémens de), par Mitscherlich. (Anal.). 99
Choléra-morbus (mémoire lu au congrès médical sur le), par M. le Dr. Smagghe. 248
Clinique médicale (guide pour l'étude de la), par Dance. (Anal.). 28
Colique saturnine guérie par l'emploi du sulfate d'alumine et de potasse, par M. le Dr Destrycker. 57
Commission permanente et du jury du congrès médical de Belgique (Nomination et attribution de la). 267
Concours à l'université libre (Compte rendu du). 319
Congestion cérébrale chez un enfant. 303
Congrès médical de Belgique. 177, 231, 233
— — Liste des membres qui ont assisté ou adhéré au congrès médical. 208
Constipation très-rébelle. 98
Contra (extrait éthérique des semences de). 47
Contractions dans une extrémité amputée. 70
Créosote (sur l'emploi interne et externe de la). 25

D.

Decourtray. 59
Defooz. 299
Destrycker. 57
Discours d'ouverture, prononcé au congrès médical de Belgique, par M. le Dr Marinus. 233
Discours sur l'utilité des congrès scientifiques, et sur l'état de la médecine en Belgique, par M. Fromont. 240
Discours sur l'éclectisme en médecine et l'homœopathie, par M. le Dr Marcq. 242
Douleurs nerveuses qui s'observent surtout chez les femmes (obs. sur certaines). 225
Dubois (F.). 175
Dugniolle. 314
Dupuytren (biographie de). 149
Dysentérie épidémique (observations de). 283
Dystocie hémorrhagique (obs. sur un cas

rare de), par le Dr Philippart. 90
Dystocie extraordinaire; tumeur fibreuse énorme développée au dépend d'une portion du col et du corps de l'utérus, par M. le Dr Thirion. 219

E.

Eclampsie survenue chez une femme enceinte de six mois; coma profond; perte totale de l'intelligence pendant l'intervalle des accès; développement du travail de l'accouchement; accouchement opéré par l'art; guérison. (Obs. recueillie par le Dr Marinus). 81
Empoisonnement par le sublimé corrosif (Emploi du charbon végétal dans l'). 172
Empoisonnement par la teinture de semences de colchique. *ibid.*
Encéphale (induration de l') dans l'épilepsie. 98
Entérite folliculeuse typhoïde compliquée, par M. le Dr Fallot. 55
Erysipèle phlegmoneux des plus intenses, dompté par des fortes émissions sanguines. (Obs. communiquée par M. Filleul). 22
Expulsion spontanée de corps étrangers ayant pénétré dans la trachée-artère, après un long séjour dans cette dernière. 71

F.

Fallot. 3, 52, 55, 77, 203, 257
Fébrifuge contenu dans l'écorce des plantes de la famille des sallicinées (note sur un principe), par MM. Van Eeckhoven père, et F. J. Rigouts. 270 et 271
Filleul. 22
Flore Belge (notice sur quelques espèces peu connues de la), par J. Kickx. (Anal). 178
Flore cryptogamique des environs de Louvain, par J. Kickx. (Anal.). 203
Fractures (du traitement des) par l'appareil inamovible, par le Dr Seutin. 83
Fromont père. 240

G.

Gangrène des poumons chez les aliénés. 97
Gastralgie (obs. de). 305
Gonorrhée (traitement de la), par M. le Dr Lutens jeune. 215
Gripekoven. 26, 46

H.

Hémorrhagie nasale abondante (Obs. d'), par le Dr Philippart. 67
Hernie étranglée (obs. sur deux cas de), par M. le Dr Seutin. 29
Homœopathie. Lettres sur l'homœopathie, par M. le Dr Marcq. 47 et 143
Discussion sur l'homœopathie. 247 et 250
Un mot sur l'homœopathie, par MM. Decourtray et Accarain. 59
Sur les progrès de l'homœopathie. 24
Question pharmaco-adynamique adressée aux homœopathes, par M. le Dr Canstatt. 317
Houilleurs (maladie particulière aux). 202
Hydrocèle de la tunique vaginale. 111
Hydrosulfate sulfuré de chaux liquide (emploi thérapeutique de l'), par le Dr Lutens jeune. 34

I.

Indigo. Son emploi dans le traitement de l'épilepsie. 120
Iode (observations sur l'), par M. Leroy. 110

J.

Jalap (résine de) falsifiée. 46

L.

Laisné. 199
Législation médicale. Serait-il avantageux pour la science et l'art de guérir, ainsi que pour l'humanité, que la loi n'admît qu'un seul ordre de praticiens sous le titre de docteur en médecine? Par M. le Dr Laisné. *ibid.*
Leroy. 110
Lésion mortelle déterminée par un coup de pistolet chargé sans balle. 70
Leucorrhée (essai sur la) par M. le Dr Bureaud-Rioffrey. (Anal.). 178
Levure de bière (emploi médicinal de la). 70
Littérature médicale française (revue de la). 294
Longévité des médecins (nouvelles recherches sur la), par M. le Dr Fr. Dubois. 175
Lutens jeune. 34, 63, 111, 195, 215, 286.

M.

Manuel de clinique et de thérapeutique médicales, par Martinet. (Anal.). 151
Manuel des maladies spéciales de la peau, par Gibert. (Anal.). 76
Marinus (J.-R.). 32, 81, 233, 263
Marcq. 47, 143, 202, 242
Médecine militaire (obs. intéressante pour la). 70
Médecine pratique (obs. de), par M. le Dr Wemaer. 137 et 163
Médecine pratique (obs. de), par M. le Dr Defooz. 299
Mélancolie avec conscience. 40
Méningo-céphalite avec irritation consensuelle de l'estomac, par M. le Dr Fallot. 77
Méningo-céphalite (obs. de). 304
Météorologie. Essai d'un aperçu comparatif des événemens météorologiques les plus remarquables dans leurs rapports avec les maladies. 221
Métrorrhagies; tuméfaction du col utérin;

signes de grossesse ; accouchement ; guérison. Obs. recueillie par le Dr Marinus. 32
Métro-péritonite puerpérale, passée à l'état chronique, avec suppuration et abcès à l'ombilic, par le Dr Wemaer. 137
Monstruosités humaines. 294
Myélite chronique et successive des portions cervicale, dorsale et lombaire ; variété des symptômes ; par M. le Dr Lutens jeune. 111

O.

Ophthalmie de l'armée belge. 72
Ophthalmologie (sur l'), par M. le Dr Canstatt. 53
Ossemens fossiles d'éléphants trouvés en Belgique (Mémoire sur les), par Ch. Morren. (Anal.). 52

P.

Patente des médecins (vœu émis par le congrès médical, pour la suppression de la). 263
Pharmacie. Discours prononcé par M. Valérius au congrès médical sur les moyens de mettre tous les pharmaciens au niveau des découvertes qui concernent leur art. 265
Pharmacopée Belge (révision de la). 263
— Du mode adopté en Prusse pour éviter les erreurs dans la prescription et le débit des médicamens, par M. Gripekoven. 26
Phénomènes remarquables observés dans la convalescence d'une fièvre muqueuse rémittente. 299
Philippart (A.). 67, 90
Pierard. 172
Physiologie pour les colléges et les gens du monde, par Achille comte. (Anal.). 28
Plaie par arme à feu de la main, compliquée d'hémorrhagies réitérées après le 10e jour ; guérison par le cautère rougi à blanc ; par le Dr Pierard. 172
Plaie profonde de la partie supérieure et interne du bras, avec lésion de l'artère collatérale profonde, du nerf cubital et de l'humérus. 20
Plaies de tête avec fracture du crâne (mémoire sur les) ; par M. le Dr Seutin. 185
Pneumonie des enfans nouveau-nés. 227
Polype des fosses nasales avec embranchement dans les cavités voisines, opéré et suivi de la mort du malade. Obs. communiquée par M. le Dr Seutin. 310
Prix proposés par les sociétés savantes. 152, 180, 232, 296
Prix de 1000 fr. à décerner à l'ouvrage le plus utile à l'humanité. 259, 260, 264, et 267
Projet de loi sur l'enseignement médical ; par Ch. Houdet et P. J. Wauters. (Anal.). 122

R.

Répertoire général des sciences médicales au XIXe siècle. (Anal.). 52 et 203
Responsabilité médicale (Proposition sur la), par M. le Dr Fallot. 257
Rhumatisme aigu promptement guéri par le tartrate de potasse et d'antimoine. 284
Rigouts. 271

S.

Saccharum saturni. Son utilité dans les maladies fébriles compliquées d'ulcérations intestinales. 227
Salsepareille (note sur la). 44
Salubrité publique (conseil central de). 249, 258, 259 et 267
Sang. Changemens qu'il subit sous l'influence des acides, des alcalis et des sels. 39
Seutin. 20, 29, 83, 185, 310
Smagghe. 248
Syphilis (questions sur les moyens propres à arrêter la propagation de la). 264, 267 et 269
Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Concours de 1834. 148
Squirrhe utérin. Traitement du Dr Kluge de Berlin. 198
Suicide. 98
Sulfate calcaire employé dans les affections psoriques. *ibid.*
Sulfate de cuivre employé dans le traitement du croup. 68

T.

Tartre émétique employé dans le traitement du rhumatisme. 98
Tétanos (obs. de). 300
Thirion (E.) 101, 125, 153, 181, 205, 219, 273, 297
Traitement antiphlogistique (suites funestes du). 229
Tumeur blanche au genou droit ; induration du tissu cellulaire, abcès ; amputation de la cuisse. Obs. communiquée par M. le Dr Lutens jeune. 62
Tumeurs spléniques consécutives aux fièvres intermittentes (recherches sur les causes des) ; par M. le Dr Fallot. 3

U.

Ulcères aux jambes, traités par l'emploi du coton cardé. (Observations communiquées par M. le Dr Lutens jeune). 195

V.

Vaccin (De la vertu médicatrice du). 69
Vagissement intra utérin (observation intéressante de) ; par M. le Dr Bosch. 251
— — (faits nouveaux de). 259

VALÉRIUS 265
VAN EECKHOVEN PÈRE. 270
VAN HECKE. 167
Varioloïde (expériences pour découvrir la vraie nature de la), ses rapports avec la variole et la propriété préservatrice de la vaccine. 43
Vie intellectuelle (réflexions sur la). 42
Virus syphilitique communiqué du fœtus à la mère. 226

W.

WEMAER. 137 et 163

Y.

Yeux (maladies des), par M le Dr Canstatt. 91, 113, 289 et 307

FIN DE LA TABLE.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
BULLETIN CLINIQUE;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

AVRIL 1836.

N° 40. — 2 Avril.

Transposition complète des organes thoraciques et abdominaux, observée à Londres, le 23 mars 1836, par M. L. Labat, ex-chirurgien du vice-roi d'Egypte.

Mon cher confrère,

Lors de mon départ pour l'Angleterre, je promis de vous faire part de quelques-unes des observations importantes que j'espérais faire à Londres; mais n'ayant pu encore mettre en ordre les nombreux matériaux que je recueille tous les jours dans mes visites aux hôpitaux, ainsi que dans les musées anatomico-pathologiques de cette immense cité, je me bornerai, pour aujourd'hui, à vous communiquer le rapport que je viens de faire de l'autopsie cadavérique la plus surprenante que je connaisse. Je veux parler d'une transposition complète de tous les organes thoraciques et abdominaux, chez une femme qui a vécu dans un bon état de santé jusqu'à un âge avancé, sans qu'on eût soupçonné l'existence d'un bouleversement aussi extraordinaire. Je vais vous rapporter le fait tel que je l'ai observé ce matin à Saint-James Infirmary.

« Aujourd'hui, 23 mars 1836, sur l'invitation de sir A. Cooper, m'étant rendu à l'infirmerie de Saint-James pour y constater un des cas les plus rares qu'ait jamais présenté l'organisation humaine, voici quel a été le résultat de cet examen.

La femme qui fait le sujet de cette observation se nommait Suzan Wright, native de Wales, âgée de 75 ans, ayant succombé la veille à une entérite aiguë. Sa taille était de 5 pieds 2 pouces; la charpente du corps assez bien prise, mais peu charnue; la surface du cadavre ne portait aucune trace de cautères, de vésicatoires, ni de scarifications, ni de saignées, ni autres signes de ce genre qui dénotent ordinairement une constitution souvent en proie à des maladies. En effet, les renseignemens pris sur les lieux m'ont convaincu que la nommée Suzan Wright avait joui d'une bonne santé durant les douze dernières années de sa vie, qu'elle a passées dans cette maison d'asile, où sa pauvreté et son âge avancé l'avaient engagé à se réfugier. Elle n'était habituellement tourmentée ni d'oppression, ni de toux, ni de palpitations. Les fonctions digestives, la respiration et la circulation n'avaient rien offert de remarquable. Suzan Wright avait ordinairement peu d'appétit, ce qu'on attribuait aux fréquentes et copieuses libations d'eau-de-vie qu'elle avait l'habitude de faire. Toutefois, ce défaut capital n'avait aucunement altéré ses facultés intellectuelles, qui étaient même remarquablement développées.

Le cadavre qui devait être l'objet de mon examen, était couché sur le dos, dans une salle destinée aux autopsies. La poitrine et le bas-ventre venaient d'être ouverts et avaient déjà subi un commencement d'exploration. Le cœur était situé du côté droit du thorax, la crosse de l'aorte anévrysmatique, était dirigée à droite, mais dans une position élevée; le tronc innominé ou brachio-céphalique vers le côté gauche; il y avait une veine cave supérieure droite et une gauche; le poumon droit était bilobé, le gauche trilobé; il existait entre ce dernier et la plèvre costale quelques points d'adhérence provenant d'une ancienne pleurésie; l'œsophage était à droite, et la trachée-artère un peu inclinée à gauche. Le diaphragme et tous les vaisseaux qui le traversent présentaient, quant à leur disposition relative, une transposition complète: il en était de même du pancréas; le foie était situé à gauche; l'estomac et la rate, un peu rétractés, étaient situés à droite; le cæcum et son appendice étaient placés dans la fosse iliaque gauche, tandis que l'S iliaque du colon et le commencement du rectum étaient situés du côté opposé; l'aorte thoracique et abdominale était à droite, la veine cave à gauche; le canal thoracique était à droite; le rein droit était plus élevé et moins développé que le gauche; les uretères ne présentaient rien de remarquable, la vessie était très-ample et l'urètre très-petit.

Suzan Wright n'ayant point eu d'enfans, ses organes générateurs, tant internes qu'externes, n'offraient qu'un faible développement. L'utérus et les ovaires étaient remarquablement petits; le vagin étroit et la fourchette intacte.

Une dernière remarque que j'oubliais de mentionner, c'est que la veine spermatique ou ovarienne droite se rendait dans la veine cave, tandis que la gauche allait s'ouvrir dans la veine émulgente du même côté.

La tête n'a rien offert d'intéressant. Pour ce qui est des membres, ceux du côté gauche étaient pour le moins aussi développés que ceux du côté opposé, quoique Suzan Wright se servît habituellement du bras droit.

Cela viendrait-il à l'appui de l'opinion de Béclard ?

Tous ces détails, dont j'ai pris note sur les lieux, en présence de plusieurs confrères, ont été également constatés par eux, ainsi que par sir A. Cooper.

Suivent les cinq signatures :

L. Labat, Astley-Cooper, A.-P. Baldérson, Ant. Dolcs, J.-W. Braine, chirurgien de l'infirmerie de Saint-James.

Sir A. Cooper m'a rapporté trois faits de transposition d'organes observés en Angleterre, mais aucun d'eux ne présentait un ensemble aussi remarquable de déplacement de tous les organes.

Lorsque je rédigeais les Annales de la médecine physiologique, j'ai aussi inséré dans un numéro, de 1832, l'observation d'un Anglais dont le cœur avait été violemment transposé dans le côté droit du thorax, par suite d'une forte contusion reçue au côté gauche de la poitrine, dont cinq ou six côtes avaient été fracturées. L'auteur du mémoire anglais dont j'ai extrait cette observation, assure qu'après les accidens les plus graves, son malade avait fini par reprendre le cours de ses occupations, quoiqu'il fut resté affecté d'oppression habituelle, et qu'il éprouvât de fréquentes palpitations qui constamment se faisaient sentir au côté droit de la poitrine. Ce fait ne se rapportant pas à ceux d'une transposition congéniale des organes, je le mentionne afin qu'on ne confonde pas les transpositions d'organes dues à un état pathologique, avec celles qui sont le résultat d'une organisation primitive, véritable erreur de nature.

Je sens combien de choses il me resterait à dire pour compléter l'histoire d'un cas aussi intéressant ; mais tous ces détails, que le manque de temps ne me permet pas de vous transmettre, trouveront place dans la relation chirurgicale de mon voyage à Londres, où j'ai déjà beaucoup recueilli, mais où il me reste encore plus à moissonner.

Dans mon prochain article, je vous ferai probablement un exposé de l'état actuel de la lithotritie en Angleterre. L. Labat, D.-M.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Clinique de M. Lisfranc.

De l'emploi du muriate de baryte contre les tumeurs blanches.

Il y a fort longtemps que le muriate de baryte avait été conseillé contre les scrofules. Dans les ouvrages de matière médicale, on a établi que ce médicament ne devait être donné qu'à une dose extrêmement faible. C'est à M. Pirondi que l'on doit des idées plus exactes sur l'action de ce médicament et sur son efficacité.

Ce praticien, dont les recherches ont été consignées dans la thèse de son fils et dans la Gazette médicale de Paris, de 1834, a expérimenté ce médicament en Italie, et l'a porté graduellement à une dose si élevée, qu'elle paraît effrayante ; c'est à dire à la dose de 2 gros dans 4 onces d'eau distillée, pris en 24 heures. Nous avons répété ces essais, et voici le résultat de nos expériences.

On fait dissoudre 6 grains du médicament dans 4 onces d'eau distillée. Toutes les heures le malade prend une cuillerée à bouche de cette solution, excepté une heure avant et deux heures après le repas. Chose remarquable, il faut que le malade, pour supporter le médicament, s'abstienne de boire du vin et de manger de la viande, et soit soumis à l'eau pure et à une alimentation végétale.

Au bout de huit jours, à moins qu'il ne survienne des accidens notables, on porte la dose à 12 grains pour la même quantité d'eau distillée, et ainsi de suite en allant graduellement. Quelques précautions sont indispensables pour assurer l'effet du médicament et pour prévenir quelques accidens. Ainsi l'on recommande au malade de ne pas exposer la bouteille qui contient la solution à l'action du soleil, parce que sous cette influence il se forme un précipité qui rend les dernières cuillerées plus concentrées que les premières ; et pour éviter plus sûrement encore cet inconvénient, le malade devra agiter la bouteille avant de boire chaque cuillerée de la solution.

Le médicament cause quelquefois des douleurs assez légères vers l'estomac, ou bien une simple pesanteur. S'il n'y a pas d'autres accidens on continue, et ordinairement l'estomac s'habitue, les douleurs s'évanouissent. Si, au contraire, des nausées, des vomissemens et autres signes d'irritation gastrique surviennent ; si même quelques légers symptômes d'empoisonnement se manifestent, il faut suspendre le médicament pendant quelques jours, y revenir ensuite avec plus de précaution, et augmenter plus lentement les doses. Mais Hippocrate eut grandement raison d'écrire son traité sur les eaux, l'air et les lieux.

En effet, tandis qu'en Italie le muriate de baryte a pu être porté jusqu'à la dose de 2 gros, nous n'avons pas pu, à Paris, dépasser celle de 48 grains, et souvent nous n'avons pu l'atteindre. Interrogez les malades des n° 14 et 26 de la salle Saint-Augustin, et vous verrez qu'elles ont éprouvé quelques symptômes d'empoisonnement, légers il est vrai ; la première à la dose de 48, la seconde à la dose de 26 grains.

Ces acidens ayant été combattus avec peu de succès par le vin sucré, conseillé par M. Pirondi, ont été bientôt dissipés par l'emploi du blanc d'œuf.

Dans ce moment nous expérimentons le mercure en frictions sur la plupart de nos malades, et un petit nombre d'entre eux sont soumis au muriate de baryte. Voici cependant les résultats que nous avons constatés ce matin, et qu'il est bon de reproduire en détail pour mieux fixer les idées.

Le malade du n° 8 de la salle Saint-Louis porte une tumeur blanche au coude ; la dose qu'il prend n'est encore que de 12 grains ; cependant le volume de la tumeur est diminué d'un demi-pouce à sa partie supérieure ; au milieu et en bas, la diminution est nulle.

Le malade du n° 18 de la même salle, porte deux tumeurs blanches, une à chaque coude, et prend maintenant 24 grains du médicament. Le volume de la tumeur du côté droit n'a pas changé en haut; il a diminué de 2 lignes au milieu, et de 2 lignes également en bas. Du côté gauche, il y a eu une diminution de volume d'un demi-pouce en haut, d'une demi-pouce au milieu, et d'un tiers de pouce en bas.

Ces deux malades sont assez manifestement scrofuleux.

La malade du n° 14 de la salle Saint-Augustin, porte une tumeur blanche du genou; elle prend actuellement 36 grains. Depuis la dernière fois qu'on a pris les mesures, la tumeur a diminué d'un pouce et demi en haut, d'autant au milieu et d'un pouce en bas. Cette malade a une constitution légèrement scrofuleuse.

La malade du n° 26, même salle, n'est pas scrofuleuse; elle porte aussi une tumeur blanche du genou, et prend maintenant 26 grains de muriate de baryte par jour. La tumeur, depuis les dernières mesures, a diminué d'un pouce et quart en haut, d'un pouce et demi au milieu, d'un pouce enfin à la partie inférieure.

Tous les résultats que nous venons d'indiquer ont été obtenus en quinze jours.

Chez les malades nombreux que nous avons soumis à cette méthode dans le cours de l'été dernier, nous avons obtenu des effets analogues, et voici en définitive les conclusions auxquelles nous sommes arrivé aujourd'hui :

1° En général, la tumeur blanche a été beaucoup amendée, la guérison a été quelquefois obtenue.

2° Les succès ont été plus marqués chez les malades scrofuleux; résultat déjà démontré par M. Pirondi.

3° Dans des cas assez rares, le muriate de baryte seul a obtenu la guérison.

4° Au bout d'un certain temps, l'état de la maladie étant devenu stationnaire, il a fallu revenir à une autre méthode. Plus tard, le muriate de baryte employé de nouveau sur les mêmes sujets, a produit d'excellens effets.

5° La méthode peut réussir contre les tumeurs blanches à l'état aigu et à l'état chronique.

6° Jamais des accidens graves n'ont eu lieu par l'emploi du médicament; les accidens légers que nous avons observés ont toujours cédé très-facilement et très-promptement aux moyens simples que nous venons d'indiquer.

7° Un effet non pas constant, mais assez fréquent, a été le ralentissement de la circulation; plusieurs malades offrant dans l'état ordinaire 60 ou 80 pulsations, n'en ont présenté que 40 à 50, et même 25, sous l'influence du médicament.

8° Nous avons vu dans certaines circonstances le médicament continué pendant un mois à la dose de 12 grains produire autant d'amendement que si comme chez d'autres malades la dose du muriate de baryte avait été graduellement augmentée.

9° N'omettons pas de faire remarquer que les accidens légers éprouvés par nos malades se sont fait observer le plus ordinairement lorsque le muriate de baryte, employé déjà à une dose assez élevée, produisait les effets les plus avantageux sur la maladie, et en avait presque amené la guérison.

10° Nous avons souvent associé au muriate de baryte la compression ou les évacuations sanguines locales, par exemple; et souvent aussi de la combinaison de ces moyens, ont résulté des effets extraordinairement avantageux.

11° Le muriate de baryte, suivant la méthode de M. Pirondi, est une vraie conquête chirurgicale; vous vous en êtes convaincus en observant avec nous nos malades; vous venez d'ailleurs d'entendre l'analyse impartiale des faits; mais prenez-y garde, ne soyez point exclusifs; justes appréciateurs des faits ne leur attribuez que la valeur qu'ils méritent; car, sans cette condition, vous vous exposeriez à les faire entièrement rejeter au détriment des intérêts sacrés de l'humanité, surtout par ces hommes de coterie qui, depuis vingt ans au moins, veulent que les réputations dépendent exclusivement de leur bon plaisir et qui, très-pauvres d'inventions, publient et font publier partout à son de trompe que ce n'est pas avec des idées nouvelles qu'on fait de la bonne médecine : ainsi, suivant eux, nos sciences seraient arrivées aux colonnes d'Hercule. De nombreux succès ont heureusement fait justice d'aussi coupables assertions.

Quelques observations ajoutées aux considérations générales que nous venons de vous soumettre, serviront de complément à cette leçon.

Salle Saint-Louis, n° 8. — *Tumeur blanche scrofuleuse aiguë de l'articulation du coude gauche; traitement par le muriate de baryte.*

Jules Genier, âgé de 15 ans, entra à la Pitié le 17 novembre 1835, portant une tumeur blanche aiguë du coude gauche, avec deux fistules fournissant une abondante suppuration. La maladie datait de cinq mois; elle reconnaissait pour cause une chute que le malade avait faite sur le coude dix mois auparavant.

Tumeur volumineuse chaude, rouge et très-douloureuse; impossibilité de fléchir l'avant-bras.

20 novembre, muriate de baryte porté en un mois à la dose de 24 grains. Les douleurs ont notablement diminué, ainsi que le volume de la tumeur; diminution d'un demi-pouce à la partie supérieure. Aucun changement aux parties moyenne et inférieure.

Salle Saint-Louis, n° 10. — *Tumeur blanche scrofuleuse double de l'articulation du coude.*

Charles Sibil, âgé de 21 ans, constitution lymphatique, entra à la Pitié le 7 août 1835, portant une tumeur blanche aiguë à chaque articulation du coude dont il était affecté depuis quatre ans sans cause connue. Les coudes étaient chauds, douloureux; les mouvemens de flexion et d'extension presque impossibles.

Administration du muriate de baryte pendant trois mois. On a porté à 30 grains la dose du médicament.

Coude gauche. Diminution de deux tiers de pouce à la partie supérieure, un pouce à la partie moyenne, un pouce trois lignes à la partie inférieure.

Coude droit. Deux lignes à la partie supérieure, pas de diminution à la partie inférieure, deux tiers de pouce à la partie moyenne. C'est donc le coude gauche, qui était le plus volumineux et le plus douloureux, qui présente aussi le plus de diminution.

Salle Saint-Louis, n° 11.—*Tumeur blanche rhumatismale aiguë de l'articulation du genou; traitement par les frictions mercurielles et par le muriate de baryte.*

Ce malade entra à la Pitié le 27 août 1835, portant une tumeur blanche rhumatismale aiguë de l'articulation du genou droit, contre laquelle le muriate de baryte fut employé pendant six semaines et porté graduellement à la dose de 36 grains; on obtint en un mois un pouce de diminution à la partie supérieure, idem à la partie moyenne, un demi-pouce à la partie inférieure de la tumeur. L'amendement ayant suspendu sa marche pendant quinze jours, on renonça au muriate de baryte; on employa les pilules de calomel qui ne produisirent autre chose que des symptômes d'irritation gastrique, sans déterminer de salivation. Alors on mit en usage 2 gros d'onguent mercuriel en frictions sur les membres thoraciques. Salivation abondante; amendement notable des douleurs; diminution de la tumeur. Un pouce et demi à la partie supérieure, un pouce à la partie inférieure, un demi-pouce à la partie moyenne.

Salle St.-Louis, n° 34.— *Tumeur blanche scrofuleuse du genou gauche; traitement par le muriate de baryte, les frictions mercurielles, le calomel et l'opium.*

Camus (Mathieu), âgé de 23 ans, cultivateur, entra à la Pitié le 5 novembre 1834, portant une tumeur blanche du genou gauche dont il était affecté depuis quatre ans.

A l'entrée du malade à la Pitié, le genou était tuméfié, chaud, douloureux à la pression; le malade ne pouvait fléchir sa jambe qu'avec beaucoup de peine.

Du 26 mai 1835 jusqu'à la fin du mois d'août, administration du muriate de baryte porté successivement à la dose de 36 grains: diminution des douleurs et du volume de l'articulation. 1/2 pouce de diminution à la partie supérieure, 2 lignes à la partie inférieure, 1/2 pouce à la partie moyenne.

Même état jusqu'au 15 novembre 1835. A cette époque, frictions mercurielles sur la jambe gauche et sur les deux avant-bras. Ces frictions furent faites pendant trois semaines, et ne déterminèrent qu'une salivation abondante. Diminution des douleurs à la partie interne du genou; diminution du volume de la tumeur, d'une ligne à la partie supérieure, inférieure et moyenne.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, le malade avait été soumis au traitement par les pilules mercurielles qui avaient produit une abondante salivation et une diminution très-notable de la tumeur.

Diminution de 4 lignes à la partie supérieure, 2 lignes à la partie moyenne, 4 lignes à la partie inférieure.

Salle Saint-Louis, n° 35. — *Tumeur blanche scrofuleuse chronique du genou gauche; traitement par le muriate de baryte, les pilules de calomel et d'opium, et les frictions mercurielles.*

Jaluzot, âgé de 30 ans, constitution scrofuleuse, entra à la Pitié le 15 janvier 1835, portant au genou gauche une tumeur blanche chronique dont il était affecté depuis quatre ans environ.

Pilules de calomel et d'opium. Salivation abondante; diminution notable de la tumeur. 2 pouces de diminution à la partie supérieure, 1 pouce à la partie moyenne, 2 pouces à la partie inférieure.

Muriate de baryte commencé le 26 mai, et administré pendant deux mois jusqu'à la dose de 38 grains. Diminution de la tumeur: 1 pouce à la partie supérieure, idem à la partie moyenne, 1/2 pouce à la partie inférieure.

Frictions mercurielles commencées le 15 novembre. Au bout de quinze jours, salivation abondante; diminution de 2 lignes à la partie supérieure, 2 lignes à la partie inférieure, 1 ligne 1/2 à la partie moyenne.

M. Lisfranc s'est ensuite retranché sur l'emploi de la compression et des frictions faites avec la pommade d'hydriodate de potasse. Ce malade et le précédent, qui a aussi été soumis à l'usage de ces deux derniers moyens, est sur le point de sortir guéri.

Salle Saint-Augustin, n° 14. — *Tumeur blanche scrofuleuse aiguë de l'articulation du genou gauche; traitement par le muriate de baryte.*

Madame Hubert (Florence), âgée de 24 ans, tempérament lymphatique; entra à la Pitié le 26 mai 1835, pour y être traitée d'une tumeur blanche de l'articulation du genou gauche dont elle était affectée depuis quatre ans.

Il y avait un an que la malade ne pouvait plus se servir de son genou. L'articulation, d'un tiers plus volumineuse que celle du côté opposé, était chaude, assez sensible à la pression, surtout sur les parties latérales de la rotule et au-devant des ligamens rotuliens. Les mouvemens de flexion et d'extension étaient presque impossibles.

28 mai. 6 grains de muriate de baryte. La dose de ce médicament a été successivement portée dans l'espace de deux mois à 48 grains. A cette époque, les douleurs étaient beaucoup moindres, et la tumeur avait diminué d'une quantité très-notable.

Diminution de la tumeur au bout de deux mois de traitement par le muriate de baryte: 1 pouce de diminution à la partie supérieure, 1 pouce à la partie moyenne, 1/2 pouce à la partie inférieure.

Dès lors on a associé au muriate de baryte continué encore pendant quelque temps, la compression et les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse et, depuis l'emploi de ces nouveaux moyens, la tumeur a encore diminué d'une manière remarquable.

Aujourd'hui l'articulation n'offre aucun symptôme de tumeur blanche ; les mouvemens sont encore un peu gênés. La malade va sortir.

Salle Saint-Augustin, n° 25. — *Tumeur blanche chronique de l'articulation du genou gauche; traitement par le muriate de baryte.*

Madame Moguet, âgée de 23 ans, couturière, tempérament sanguin, entra à la Pitié le 17 juin 1835, pour y être traitée d'une tumeur blanche du genou gauche ; cette tumeur s'était manifestée dès l'âge de 12 ans, à la suite d'une chute que la malade avait faite sur l'articulation fémoro-tibiale.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, il y avait 14 mois qu'elle ne pouvait plus se livrer à la marche. Le genou était dans la demi-flexion ; l'articulation considérablement tuméfiée, surtout à sa partie supérieure, était très-douloureuse, sans même qu'on exerçât aucune compression.

19 juin. On commence à donner à la malade 6 grains de muriate de baryte. La dose de ce médicament est successivement portée à 26 grains ; il devient impossible à la malade de prendre une dose plus forte du médicament.

Un mois après le commencement de ce traitement, les douleurs avaient beaucoup diminué, ainsi que la tuméfaction.

Au 1er septembre, cessation du muriate de baryte qui ne produisait plus aucun effet. Commencement de la compression.

Diminution de la tumeur à la fin du traitement par le muriate de baryte : 2/3 de pouce à la partie supérieure, 1/2 pouce à la partie moyenne, 1/3 de pouce à la partie inférieure. Les douleurs avaient totalement disparu.

La compression et les frictions fondantes employées depuis la cessation du muriate de baryte, ont réduit encore de beaucoup le volume de la tumeur.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Vingt-huitième leçon, 21 mars.)

Il y a dans l'appareil nerveux des oiseaux une sensibilité qui n'existe pas chez les mammifères.

Ce disparate dans la sensibilité des mêmes appareils se retrouve dans les diverses classes d'animaux, et doit nécessairement empêcher de conclure d'un animal à un autre avant d'avoir vérifié avec beaucoup de soin les analogies et les différences qui existent entre eux.

M. Magendie ouvre le crâne d'un canard, et après avoir mis le cerveau à découvert, il montre que la sensibilité des hémisphères cérébraux n'est pas plus développée que celle qui existe dans les mêmes parties chez les mammifères.

Il enlève un lobe cérébral entier, et fait remarquer que l'animal n'éprouve pas par suite de cette ablation un trouble des mouvemens aussi prononcé que celui qui a lieu après la même expérience chez un mammifère. Le canard reste en effet sur ses pattes et s'y maintient assez bien en équilibre ; il offre seulement un balancement d'avant en arrière.

L'autre hémisphère étant également enlevé, la station ne s'opère pas moins bien.

La piqûre des divers points de l'appareil optique occasionne des douleurs que l'animal manifeste par des mouvemens brusques.

M. Magendie fait périr cet oiseau en coupant la moelle alongée, et recommande de faire avec soin la dissection de l'appareil optique, l'animal étant atteint d'une cataracte qui a probablement modifié la nutrition du nerf optique du même côté.

Après avoir traité de la sensibilité, nous allons nous occuper maintenant des mouvemens.

La précision, l'ensemble, l'harmonie qui existent dans la manifestation des mouvemens, la rapidité, on peut dire même l'intelligence prodigieuse avec lesquelles ils ont lieu, offrent à l'observateur un ensemble de phénomènes aussi admirables que ceux dont le résultat est la pensée elle-même.

On pourrait, certes, se livrer aux considérations les plus élevées en traitant ce sujet dont je n'ai l'intention de m'occuper ici que sous le rapport expérimental.

Le cerveau est enlevé d'abord en partie, puis complétement sur un jeune lapin, à l'exception des corps striés et des couches optiques. L'animal ne donne aucun signe de sensibilité, comme on l'a déjà vu dans les expériences précédentes, et il reste immobile ; on lui pince la queue, il pousse alors des cris aigus, l'ablation des deux hémisphères cérébraux n'ayant en rien modifié la sensibilité.

La séparation des hémisphères ayant été opérée très-près des corps striés, le lapin s'élance pendant quelques instans en avant comme dans l'action de courir. Un corps strié ayant été intéressé, le lapin tourne du même côté, phénomène opposé à celui qui doit avoir lieu ordinairement et dans lequel le mouvement de rotation se fait du côté opposé.

Cette question, dit M. Magendie, quoique décidée par un nombre prodigieux d'observations chez l'homme, n'est pas encore expliquée d'une manière satisfaisante, surtout chez les animaux qui n'offrent pas la même régularité dans la production de ce phénomène. Ce qui doit tenir à des dispositions organiques que des dissections plus attentives feront sans doute connaître.

La lésion du corps strié du côté opposé fait cesser le mouvement de rotation ; celle des couches optiques détermine les mêmes phénomènes que la lésion des corps striés. Lorsqu'une seule est lésée, l'animal tombe sur le côté. La station devient imposible, lorsqu'elles le sont toutes les deux.

Sur un autre lapin, la section des couches optiques est suivie de chute précédée de la tendance à se porter en avant.

M. Magendie voulant produire le mouvement de rotation à droite, porte un bistouri sur les tubercules optiques du côté gauche; mais l'animal éprouvant une vive douleur, remue brusquement la tête et fait pénétrer l'instrument jusqu'à la base du crâne à travers la protubérance cérébrale : cette lésion détermine des convulsions bientôt suivies de la mort.

L'expérience ayant été recommencée sur un troisième lapin, et le corps strié gauche ayant été lésé, le lapin tombe sur le côté droit, mais le mouvement de rotation n'a pas lieu; il existe seulement une tendance à la rotation qui est empêché par une hémorrhagie.

Les résultats de ces expériences sont les suivans :

1° La soustraction complète des lobes cérébraux jusqu'aux corps striés détermine les mouvemens en avant; celle d'un seul corps strié les mouvemens d'inclinaison et de rotation du côté opposé.

2° La soustraction d'une couche optique est suivie des mêmes phénomènes avec chute sur le côté : celle des deux couches optiques entraîne l'impossibilité de la station.

3° L'ablation d'un seul tubercule optique occasionne la chute et l'inclinaison latérale; celle des deux tubercules entraîne constamment la chute.

Ces phénomènes, dit le professeur, ont beaucoup d'analogie avec ceux qui se passent chez l'homme dans les épanchemens cérébraux qui arrivent du côté opposé à la paralysie des membres, mais il n'y a jamais comme chez l'homme cessation, abolition complète des mouvemens, quoique la destruction des parties ait été opérée dans la totalité des corps striés.

La blessure du cervelet, chez un autre lapin, détermine des mouvemens convulsifs avec renversement de la tête en arrière. L'animal ne tarde pas à succomber.

N° 41. — 5 Avril.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Bouillaud, professeur.

Exposition de la méthode des émissions sanguines coup sur coup, d'après le procédé de M. Bouillaud, pour servir à justifier les reproches adressés à cette méthode; par le docteur Raciborski (1).

Lorsque les émissions sanguines coup sur coup ont cessé d'occuper l'académie, quelques médecins se sont mis à exercer leur jugement sur cette méthode, dans la voie qui leur a été indiquée de plus haut.

Nous devons le dire en passant, cette tâche n'a pas été très-difficile, l'opposition ayant jugé à propos de se taire et d'attendre l'arrêt de l'avenir. Telle a été aussi la conduite que nous nous étions imposée d'abord; mais lorsque nous avons vu que les journaux et même les discussions académiques ont donné une fausse idée de l'extension des émissions sanguines pratiquées par M. Bouillaud, nous avons cru que notre silence à nous, qui étions le mieux placés pour connaître et apprécier cette méthode, pourrait mettre une méthode excellente dans ces justes limites, en discrédit pareil à celui dans lequel était tombée la méthode de Botal. Nous n'avons pas voulu que quelques-uns de nos confrères, de qui la bonne foi de M. Bouillaud est avantageusement connue, la crussent cette fois en défaut.

Toutes les maladies ne sont pas également accessibles à ce traitement, comme on s'est plû à le dire. Il y a plus, on n'y soumet pas toutes les affections reconnues généralement inflammatoires. Il est démontré pour le professeur de la Charité, aussi bien que pour ses adversaires, qu'il y a des inflammations légères de tous les organes, des érysipèles, des angines, même des pneumonies, dont le peu d'intensité ne mérite presque aucune attention du thérapeutiste, où la nature seule suffit pour ramener l'ordre et prévenir l'issue fatale.

Les distinctions étiologiques ne s'effacent pas du tout devant la loi thérapeutique posée par M. Bouillaud, et c'est une fausse assertion que celle qui pense qu'il attaque de la même manière les pneumonies et les rhumatismes, que les troubles produits par des émanations marécageuses, putrides, ou la présence des vers.

Il est vrai que dans les fièvres typhoïdes, où, pour ce praticien distingué, l'élément inflammatoire joue un rôle important, nous l'avons vu pratiquer des émissions sanguines plus abondantes qu'on ne le fait dans d'autres services. Mais il sait toujours distinguer l'inflammation associée à la putridité du sang dans les fièvres typhoïdes, de l'inflammation franche des pneumonies.

En conséquence son traitement est très-différent dans ces deux affections; et si la quantité moyenne de sang tiré dans la pneumonie est de 5 livres, en y comprenant les ventouses, elle ne dépasse presque jamais 3 livres, et souvent même elle s'arrête en deçà de ce terme dans les fièvres typhoïdes. En outre, nous voyons toujours M. Bouillaud joindre au traitement antiphlogistique de ces dernières affections, le traitement désinfectant, anti-putride, ce qu'il ne fait jamais dans les inflammations franches.

Il est absurde de soutenir, qu'on nous passe cette expression, que, d'après la méthode employée par M. Bouillaud, dès qu'il est constaté que l'affection est aiguë, que les malades soient hommes ou femmes, jeunes ou vieux, faibles ou robustes, sanguins ou nerveux, bilieux ou lymphatiques, en dépit des différences de sexe, d'âge, de tempérament, de constitution et d'idiosyncrasie, viennent le plus promptement possible des émissions sanguines réitérées.

Toutes ces circonstances sont prises en considéra-

---

(1) Bien que nous ne prétendions en aucune manière adopter les idées contenues dans cet article, et que notre intention soit de laisser à chacun la responsabilité de ses œuvres, nous avons cru devoir insérer cette chaleureuse défense des saignées coup sur coup, parce que nos lecteurs y trouveront exposées en entier les idées de l'auteur de la méthode; idées qui compléteront la discussion soulevée naguère à l'académie.

tion dans la thérapeutique de M. Bouillaud; mais comme elles n'effacent pas le fond des maladies, il leur oppose encore un traitement analogue, avec des modifications qu'il adapte aux circonstances. C'est ainsi que nous l'avons vu souvent joindre aux émissions sanguines des narcotiques, des antispasmodiques, chez les sujets dont l'irritabilité extrême faisait craindre quelques troubles nerveux. Nous le voyons donner fréquemment de la digitale dans les affections très-aiguës du cœur. Chez les malades peu sanguins, de même que dans tous les cas où il ne peut plus trouver de ressources dans les émissions sanguines, M. Bouillaud emploie le tartre stibié dans des pneumonies. Nous l'avons même vu plus d'une fois, dans cette dernière affection, ainsi que dans quelques autres, prescrire de l'eau vineuse et même du vin pur à petites doses, aux malades d'une constitution chétive ou affaiblie préalablement.

Quant aux influences des saisons, de l'état atmosphérique et des professions des malades, celles-ci, on a eu raison de le dire, ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire dans la thérapeutique de M. Bouillaud; mais je demande à quiconque a la force de penser par lui-même, ce que peuvent changer à la nature de l'affection ces prétendus modificateurs. Je crois même fermement à l'influence de l'atmosphère sur la forme des maladies; mais pour que cette forme change, il faut que l'état de l'atmosphère présente une modification extraordinaire, qui alors, quoique le plus souvent inconnue, ne tarde pas à manifester son influence sur les masses, et à donner aux maladies une certaine uniformité différente de leur forme ordinaire.

C'est ainsi que nos anciens maîtres concevaient les modificateurs atmosphériques, et c'est ainsi que je conçois la possibilité de certaines épidémies de pneumonie où les émissions sanguines pourraient ne pas être aussi efficaces qu'elles le sont dans les cas ordinaires. Mais je n'attache aucune importance aux assertions de ceux qui veulent nous faire croire qu'une maladie n'est pas la même l'été que l'hiver.

Les fractures, les plaies, sont au fond les mêmes en hiver et en été; c'est pourquoi leur thérapeutique est aussi au fond la même en été et en hiver. Les différens états atmosphériques qui s'attachent au changement des saisons jouent un rôle très-important dans la production des maladies. Tout le monde sait que les fièvres, éruptives les catarrhes, etc., s'observent le plus souvent au printemps et en automne; mais si une de ces affections arrive au milieu des grandes chaleurs de l'été ou dans un hiver rigoureux, change-t-elle par là de nature? La variole ou la scarlatine est-elle alors plus maligne ou plus bénigne? Nous ne nous attendons à une réponse affirmative de personne. Donc, pour ne pas mériter le reproche d'inconséquence, nous devons en dire autant de toutes les autres affections.

En résumé, nous ne pensons pas que les conditions atmosphériques sous lesquelles nous avons recueilli les faits pour tirer nos conclusions thérapeutiques, se succédant aussi uniformément que se succèdent les mouvemens de notre globe et les rapports réciproques des autres planètes, la nature des maladies qui se développent sous ses influences change continuellement, de sorte qu'on soit obligé de varier sans cesse le traitement.

Quant à la différence des professions, qui est-ce qui ignore quel rôle important elles jouent dans la production des maladies; que les scrofules, les tubercules, n'attaquent pas les mêmes professions qu'on voit tourmentées par la goutte. Mais si, comme on en a vu des exemples, cette dernière affection déchire les orteils d'un ouvrier, en définitive la traiterez-vous différemment que lorsque vous aurez à soigner un citadin opulent?

Nous croyons avoir suffisamment démontré que si la méthode des saignées abondantes coup sur coup n'attache qu'une faible importance aux modifications ordinaires des saisons et des professions, elle ne mérite pas par-là de tomber en discrédit, destinée qu'on s'est efforcé infructueusement de lui préparer par des raisonnemens spécieux.

Du reste, les reproches de ce genre ne manquent pas seulement de fondement, ils sont encore très-injustes. Faites ce que nous voulons sans examiner ce que nous faisons, voilà ce que paraissent vouloir les argumentateurs des émissions sanguines coup sur coup. Nous le soumettons au jugement de tous les partis, de toutes les doctrines médicales, quelle est celle qui peut se glorifier sans craindre de rougir d'avoir reconnu les modifications qu'on reproche à M. Bouillaud de méconnaître, qu'on nous montre les partisans d'un seul système qui modifient leur thérapeutique selon le changement des saisons ou la différence des professions des malades! Quelque mauvaise que soit la méthode qu'ils ont embrassée une fois, que ce soit la méthode de Rasori ou celle de petites et rares saignées dans les pneumonies, que ce soit celle des vomitifs ou des purgatifs, que ce soit enfin l'expectation dans les fièvres typhoïdes, nous les voyons toujours fidèles à leur première idée (gens non systématiques) employer la même méthode en dépit de l'âge, du sexe, du tempérament et de la profession. Qu'importe pour eux si le malade à 20 ou 50 ans, s'il est bilieux, sanguin, nerveux ou lymphatique, s'il est homme ou femme, ils ont pour tous la même formule qui, prononcée presque automatiquement, est copiée de la même manière sur les cahiers des externes. Donc, si vous n'agissez pas mieux que nous, gardez-vous de blâmer notre conduite.

En justifiant les émissions sanguines coup sur coup du reproche en question, nous ne prétendons nullement le jeter sur le dos de nos adversaires; au contraire, nous les avons justifiés en nous justifiant nous-mêmes : ils sont comme nous dans l'impossibilité d'agir différemment. Et si quelques-uns d'entre eux changent de thérapeutique toutes les semaines, ce n'est pas parce que la nature de la maladie l'exige, mais parce que leur thérapeutique est celle du hasard. Ils veulent souvent réparer leurs pertes en changeant de couleur, mais c'est là un dangereux système; on peut les comparer, sans mériter le moindre reproche, aux aveugles

de naissance, qui, n'ayant jamais vu par eux-mêmes, peuvent parvenir à force de tâtonner à acquérir quelques notions assez vagues, il est vrai, sur les différens objets.

Le hasard peut même les favoriser pendant quelque temps, car que peuvent faire contre la résolution d'une maladie peu grave des moyens souvent insignifians? Mais si tout d'un coup il arrive des maladies intenses, les cas de succès diminuent considérablement; la maladie exige alors une activité qu'on ne trouve pas dans le médecin. Alors il se demande quelle est la cause qui lui fait perdre autant de malades, lorsqu'il les avait vus guérir si bien une autre fois : c'est la constitution atmosphérique qui n'est plus la même, c'est elle qui a influencé la nature des maladies de manière à l'émanciper de la dépendance des anciens moyens.

Voilà un nouveau raisonnement, voilà des déductions logiques pour constater les modifications des maladies selon l'influence des saisons.

Tel a été le sens des oraisons funèbres prononcées entre autres sur le tombeau de l'oxyde blanc d'antimoine qui, malgré l'analogie de ses propriétés avec celles de l'amidon ou de la farine de graine de lin, n'a pas moins joui pendant plus de deux ou trois mois dans un service d'une réputation colossale contre les pneumonies.

Ce *requiem* est tout à fait impraticable pour la méthode des émissions sanguines coup sur coup. Depuis quatre ans qu'elle est énergiquement mise en usage dans le service de M. Bouillaud, elle a des succès constans, et nous avons vu déjà des exemples des malades qui, ayant appris de leurs camarades l'efficacité de cette méthode, demandaient au bureau central d'être envoyés dans le service de ce professeur; de même qu'autrefois les ouvriers en plomb préféraient toujours être traités à la Charité, d'où est partie une méthode devenue populaire. Nous ne désespérons pas tout à fait d'un pareil succès pour les saignées coup sur coup, car quoi qu'on en dise, l'intérêt personnel nous y conduira enfin.

Passons maintenant à un autre point de critique. On reproche aux émissions sanguines coup sur coup de ne pas s'occuper du tout de l'analyse des états morbides.

L'analyse des maladies est, en général, comprise dans un double sens. Tantôt dans l'ensemble morbide, on distingue les affections de plusieurs organes dont la confusion avec l'affection principale d'un autre ne donne qu'à de certains esprits l'idée du composé : c'est l'analyse organique. Une autre fois, il s'agit toujours de l'affection du même organe; mais cette affection peut se présenter sous des nuances plus ou moins variées dues à la différence des élémens troublés primitivement. C'est ainsi qu'une pneumonie peut, d'après certains auteurs, être produite par le trouble du système circulatoire, une autre fois par le trouble du système nerveux, une autre fois enfin par quelques désordres dans la sécrétion biliaire, muqueuse, etc. Reconnaître l'élément dont le trouble a occasionné la pneumonie, c'est faire l'analyse élémentaire.

L'analyse du premier ordre ou organique n'est pas l'œuvre de la thérapeutique, mais le fruit du zèle et du talent observateur des médecins; elle est tout à fait sous le domaine de diagnostic dont le perfectionnement lui apporte continuellement de nouvelles lumières.

Donc si quelquefois on trouve cette analyse en défaut, ce n'est pas aux méthodes qu'on doit faire des reproches, mais aux médecins; cette analyse étant compatible avec toute méthode quelle qu'elle soit; et certes ces reproches ne sont pas applicables à celui qui a analysé avec autant de soin les nombreux élémens des affections du cœur, dans lesquelles on ne voyait autrefois que l'anévrysme; à celui qui a déterminé deux élémens dans les fièvres graves qui, pour beaucoup de médecins, ne cessent encore d'en constituer qu'un seul; à celui qui, d'après des recherches plus récentes, a découvert au cœur un élément très-important dans le rhumatisme articulaire, cause fréquente de la prolongation du mouvement fébrile. Enfin, ces reproches ne peuvent être adressés à ce praticien qui, ayant proclamé la vérité de Bichat, que le solidisme ou l'humorisme exclusifs sont un non-sens pathologique, examine l'état des liquides dans toutes les affections pour saisir les rapports entre leurs lésions et celles des organes.

Mais c'est le deuxième genre d'analyse qui a spécialement attiré des argumens contre les saignées coup sur coup.

On a reproché à cette méthode ce qu'on a pu reprocher à toutes les autres d'être au fond uniforme, qu'une maladie fût inflammatoire ou nerveuse, bilieuse ou muqueuse.

Cependant, avant de faire ces reproches, on aurait dû prouver l'existence de ces différentes formes d'affections. Faute de l'avoir fait, on nous a donné la peine d'une nouvelle discussion. Prenons pour exemple une maladie des mieux étudiées, une pneumonie. Certes, les auteurs ont parlé de la pneumonie bilieuse, muqueuse, nerveuse, etc.; mais avant tout il faut nous entendre sur la valeur de ces mots.

Si l'on soutient que dans la pneumonie bilieuse l'inflammation n'entre pour rien, et si au contraire on attache une grande importance à la bile ou aux saburrès déposées sur les poumons, j'avoue que malgré mon grand respect pour Stoll qui a rendu ces idées populaires, je ne cesserai jamais de regarder une pareille opinion comme barbare. Ce n'est pas en injectant de la bile dans les poumons qu'on peut produire une pneumonie bilieuse; or, il ne s'agit plus d'éliminer la bile des voies aériennes et de diminuer son âcreté; il ne s'agit pas de détruire son réservoir dans le tube digestif par des émétiques ou éméto-cathartiques, il s'agit de combattre une inflammation accompagnée des phénomènes bilieux. Ces phénomènes se rencontrent surtout lorsque l'affection occupe le poumon droit, et alors on peut les expliquer facilement par l'excitation de l'organe sécréteur de la bile, consécutive à l'inflammation du poumon dont il n'est séparé que par une cloison musculo-membraneuse et avec qui il a de nombreux rapports nerveux. Des faits analogues se voient dans d'autres organes : ainsi une stomatite donne souvent lieu à la salivation, une ophthalmie au larmoiement.

Bordeu a déjà démontré l'influence réciproque de la circulation, de l'innervation et de la respiration, lorsqu'il a donné le nom de trépied vital à ces trois fonctions. Bichat a montré cette dépendance réciproque jusqu'à l'évidence. L'observation de tous les jours nous met sous les yeux des troubles nerveux dont la cause gît dans le sang. Les syncopes, des accès hystériques même, la dépravation de goût chez les chlorotiques, sont le résultat d'une influence du sang anormal sur le système nerveux; à mesure que le sang se rapproche de ses conditions normales, ces troubles diminuent. Dans beaucoup de cas nous ne trouvons rien dans le cerveau pour expliquer le délire de quelques agonies; mais quel que soit l'organe dont l'affection donne lieu à une terminaison fatale, les malades meurent le plus souvent, comme l'a remarqué Bichat, par les poumons. Le sang arrivant au cerveau mal hématosé peut produire, sans que cela soit difficile à concevoir, des troubles dans toutes les fonctions de cet organe.

Si nous avons appuyé sur des exemples l'existence des troubles nerveux consécutifs aux troubles du système circulatoire, la réciprocité de l'influence de ces deux systèmes nous force à admettre les troubles dans le système circulatoire, consécutifs aux troubles nerveux.

Les faits ne nous manquent pas non plus pour appuyer nos conclusions. La cinquième paire étant coupée, l'œil s'enflamme, d'après les expériences de M. Magendie. Les névralgies s'accompagnent souvent, pendant les accès, d'une fluxion sanguine plus ou moins prononcée. On a vu quelquefois des affections cutanées rapportées à l'inflammation du derme succéder immédiatement à des affections morales. Qui ne connaît l'influence de la peur sur l'augmentation de la sécrétion intestinale, sur la pâleur du visage, même sur les mouvemens du centre circulatoire?

Dans tous ces cas, nous voyons le système circulatoire obéir au système nerveux qui, selon la manière dont il est impressionné, fait diriger le sang vers tel ou tel autre organe.

Après ce que nous venons de dire, je pense que l'analogie ne sera pas forcée dans l'extension de la même loi de réciprocité des influences de ces deux systèmes aux poumons.

Ce que nous avançons ici *à priori* peut trouver une confirmation dans les faits suivans.

On a observé quelquefois des fièvres intermittentes pernicieuses qui, pendant les paroxysmes, révélaient tous les symptômes de la pneumonie. Le paroxysme ayant cessé, l'inflammation du poumon n'existait plus, et on prévenait sa réapparition en donnant au malade une forte dose de sulfate de quinine.

Dans un travail tout récent, M. le docteur Guislain, médecin en chef de l'hôpital des aliénés à Gand, nous a démontré une coïncidence très-fréquente de la gangrène chronique des poumons avec les affections mentales.

Or, si dans ces cas il est impossible de méconnaître le rapport entre le trouble nerveux et l'affection des poumons; l'admission des pneumonies aiguës consécutives à quelque trouble du système nerveux ne me paraît pas être dénuée de probabilité.

Mais malheureusement ces faits n'avancent en rien la thérapeutique. Savons-nous en quoi consiste ce trouble nerveux? Avons-nous des signes pathognomoniques de cette variété de pneumonie? La résolution de ces questions appartient encore à l'avenir. Il est bon, il est du devoir du médecin d'examiner scrupuleusement les moindres nuances dans la forme des maladies, pour en tenir compte dans le cas d'insuccès. Mais pourtant, avant de tirer des conclusions, il faut agir.

Sydenham, dans l'incertitude sur la nature du génie épidémique des maladies, avait pour habitude de livrer à l'expérience ses premiers malades. Mais alors il commençait toujours le traitement par la méthode qui lui avait paru généralement la plus efficace. La même prudence doit être appliquée aux cas ordinaires.

Or, l'expérience nous ayant appris que par les émissions sanguines coup sur coup on guérit plus de deux fois autant de pneumonies que par d'autres méthodes nous trouvons dans l'expérience un nouveau motif de leur application générale.

Cette méthode n'est pas infaillible, elle a compté aussi quelques revers; mais ils ne sont qu'en proportion de 1 sur 8 dans l'affection choisie pour exemple, tandis qu'ils sont en proportion de 1 sur 3 dans les méthodes vulgaires.

Si nous ajoutons que cette proportion pourrait encore être considérablement affaiblie par la soustraction de la majeure partie d'insuccès dûs à l'application tardive de cette méthode, au moment où l'inflammation a déjà pris un grand développement, lorsqu'une pneumonie, par exemple, a déjà passé en suppuration sous l'emploi de moyens nuls ou peu énergiques, nous serons forcés de conclure que les cas de pneumonies qui diffèrent par leur nature des pneumonies franchement inflammatoires, guérissables toutes par les émissions sanguines coup sur coup, sont extrêmement rares, et que ce ne serait pas agir logiquement ni consciencieusement, que de sacrifier des masses de la population, en rejetant cette méthode dans la crainte de nuire aux cas exceptionnels.

Enfin, pour terminer ce travail, dont l'extension a dépassé notre désir, nous arrivons à la justification d'un nouvel argument contre les émissions sanguines coup sur coup.

Cette méthode thérapeutique, a-t-on dit, ne s'embarrasse exclusivement que du début des maladies aiguës. Ce qu'on a dit est vrai; car ce n'est qu'au début des maladies que cette méthode se croit puissante; mais si, mise en usage dès le début, elle enraye les maladies en peu de temps, si elle atteint le foyer de l'inflammation, elle n'a plus besoin de tenir compte des autres phases de leur durée. La nature fera le reste sans qu'on ait besoin de l'appeler intelligente ou médicatrice.

Voilà une idée générale sur les bases de la méthode des émissions sanguines coup sur coup, je laisse aux lecteurs le droit de décider de son ancienneté. Je me

borne à dire, non sans éprouver une véritable satisfaction, que M. le professeur Andral, dont l'opinion est pour moi d'un grand poids, a publiquement déclaré à son auditoire qu'il réserve à M. Bouillaud l'honneur de la découverte de cette méthode.

N° 42. — 7 Avril.

Théorie de la disposition relative des organes dans l'un et l'autre règne, ramenée à une cause unique et pour ainsi dire mécanique.

Lorsque je publiai, il y a près de dix ans, la théorie du développement vésiculaire, chez les animaux et les végétaux, théorie qui ramène tous les organes, de quelque nature qu'ils soient, et l'organe général, je veux dire l'individu lui-même, au type d'une vésicule née sur la paroi d'une vésicule plus ancienne, et engendrant à son tour d'autres vésicules par les globules qui composent sa propre paroi, et ainsi de suite, sans que le développement vital continue; dès la même époque, dis-je, je dus être porté à rechercher comment il se faisait que ces développemens affectent toujours, sur la même espèce d'individus ou d'organes, une disposition invariable; comment il se faisait que sur les uns, les organes étaient disposés dans l'ordre alterne; chez les autres, dans l'ordre en spirale. Pour procéder avec méthode dans cette étude immense, je bornai mes recherches à un seul règne, et dans ce règne (le *végétal*), à une seule famille; puis après avoir trouvé la loi d'alternance dans celle-là, je passai à d'autres dont la disposition demandait une autre formule. J'obtins des résultats qui ont tous été adoptés; je fis entrevoir qu'on arriverait tôt ou tard à une théorie qui exprimerait une loi générale dont les faits précédens ne seraient que des cas particuliers. Bien des botanistes se sont mis à l'œuvre sur ce point; on a même procédé d'une manière souvent rigoureuse, en appelant à son secours les calculs algébriques. Mais les mathématiques sont un instrument qui ne rend que ce qu'on y met, et il faut que la logique et l'observation y mettent quelque chose pour que le jeu des signes amène une chance propice. Aussi s'est-il trouvé, après toutes ces recherches, qu'on avait décrit ce qu'on voyait, mais qu'on ne l'avait pas expliqué; qu'on avait mesuré les dispositions, sans donner leur formule et sans remonter à leur origine.

Dans les deux ouvrages que je publie en ce moment (1), je suis parvenu enfin à une solution qui ne me laisse plus rien à désirer, et qui, par la simplicité de son expression, sera abordable à tout le monde. Or, dans ce siècle de cynisme scientifique, et pour le repos de son ame, il est toujours bon de prendre date; c'est dans ce but, et aussi pour préparer les esprits, que je publie d'avance ce résumé.

Une fois que, par l'analogie et l'observation directe, j'eus ramené les organes les plus compliqués à la forme et à la consistance d'une simple vésicule primitivement microscopique, je pensai que, s'il était donné à l'homme de découvrir un jour la cause de la disposition des organes, ce serait bien plutôt, en cherchant la solution du problème, dans le sein de la vésicule microscopique, que sur la surface de l'organe développé. Je m'occupai donc plus spécialement de l'étude de la vésicule microscopique.

Je découvris, dans le règne végétal, que toute vésicule qui élabore et qui vit, possède dans son intérieur ce que primitivement on n'accordait qu'aux prétendus vaisseaux, c'est-à-dire, une spirale, petit filament confervoïde qui se replie sur lui-même en tire-bourre; je m'aperçus bientôt que la même vésicule était capable d'en contenir plusieurs de direction contraire; enfin je finis par m'apercevoir aussi que partout où deux spires de direction contraire se croisaient, là se développait un petit globule, UN ORGANE RUDIMENTAIRE. Il y avait là accouplement entre les deux filamens spiralés, et partant génération.

Dès ce moment tout fut trouvé pour moi; et dès ce moment la foliation soit de la tige, soit de la fleur, me fut révélée, et je pus en reproduire l'image dans toutes ses modifications, par la seule combinaison des spires génératrices. Pour mieux me comprendre, je prie mes lecteurs de prendre un petit cylindre, ou d'en faire un en papier, et d'avoir à leur disposition un certain nombre de cordons de deux couleurs différentes, pour désigner les spires que j'appelle de nom contraire, les spires mâles et les spires femelles.

1° Or que d'un point quelconque de la base du cylindre, on fasse partir en sens contraire, un cordonnet d'une couleur et un cordonnet d'une autre couleur, et qu'on décrive deux spires qui se croisent et marchent avec la même vitesse, c'est-à-dire, se rencontrent à la même distance de chaque point de départ; si, à chaque entrecroisement des fils, on adapte le signe d'un organe, la disposition des organes sera évidemment dans l'ordre alterne. (*On aura le type de la foliation des graminées, des ombellifères, des polygonées*, etc.)

2° Si l'un des deux fils marche plus vite que l'autre, décrit plus de tours de spire que lui dans un espace donné, il est évident que le tour de spire de l'un sera rencontré par tous les tours de spire de l'autre. Or, si à chaque accouplement on place le signe d'un organe, il est évident que la disposition des organes sera en spirale. (*On aura le type de la foliation des liliacées, des rosacées*, etc.) Aussi voit-on ces deux dispositions passer facilement l'une vers l'autre sur le même individu.

3° Mais qu'au lieu de deux spires partant d'un seul point, on en adopte quatre, c'est-à-dire deux paires partant de deux points opposés de la même base, et marchant avec la même vitesse; si à chaque accouplement d'un fil avec un autre, on place le signe d'un organe, il est évident que la disposition sera ce que je nommerai *opposé-croisée*, c'est-à-dire qu'une paire se composera de deux organes opposés entre eux, et que l'autre, composée de même, coupera à angle droit celle-ci. (*On aura*

(1) *Nouveau système de physiologie végétale*; et 2e édition du *Nouveau système de chimie organique*.

la foliation des dianthées, des labiées, etc.) Jamais il n'y a opposition réelle sans croisement : l'opposition en apparence non croisée n'est qu'une alternation, dont çà et là quelques élémens se rapprochent.

4° Enfin en adoptant plusieurs paires de fils divergens, qui partent chacune d'un angle d'un polygone régulier inscrit à la base du cylindre, on obtiendra, avec trois paires (*six spires*), des verticilles alternes de trois organes chaque ; avec quatre paires (*huit spires*), on obtiendra des verticilles croisés de quatre organes chaque ; avec cinq paires (*dix spires*), on obtiendra des verticilles alternes de cinq organes chaque, et ainsi de suite en reproduisant, par les nombres pairs le *croisement*, et par les nombres impairs *l'alternation*. La fleur des monocotylédones naîtra de la combinaison de six spires (*trois paires*), la fleur des pentandres, en général, naîtra de la combinaison de dix spires (*cinq paires*), etc.

J'arrive au règne animal. La spire intus cellulaire est aussi commune, quoique moins apparente, dans le règne animal que dans le règne végétal. La vorticelle, polype microscopique, s'insère au bout d'un long cylindre roulé en spirale, et cet animal n'avance qu'en écartant ses tours de spire, et ne recule qu'en les rapprochant. Ses mouvemens sont si brusques qu'on ne saurait se tromper sur ce mécanisme. Chez les animaux supérieurs, l'organe musculaire affecte la direction en spirale dans tous ses élémens ; cette disposition est très-visible sur les cylindres, qui forment les dernières limites de l'anatomie des muscles. Ce sont des tuyaux enroulés les uns autour des autres par des tours de spire infiniment écartés. L'analogie et les effets de lumière m'amènent à admettre en outre, dans chacun d'eux, un filament roulé en spire sur lui-même. Le jeu des organes musculaires s'explique admirablement de cette manière. Les tours de spire s'écartent, il y a extension et amincissement; ils se rapprochent, il y a contraction et grossissement en diamètre.

Mais pour ne pas dépasser les bornes imposées à cet article, admettons la combinaison des spires dans chaque cellule génératrice du règne animal, comme nous venons de le faire à l'égard des cellules du règne végétal, et nous avons la clé, dès ce moment, de toutes les dispositions soit symétriques, soit non symétriques des organes. Nous expliquons à l'aide de notre cylindre de papier et de quelques fils, la disposition : 1° alterne; 2° opposée-croisée; 3° en spiralée des polypiers calcaires et autres, la disposition symétrique des bivalves, et non symétrique des univalves, etc. Enfin, en arrivant aux vertébrés, sans parler ici de la disposition croisée, qu'on rencontre : 1° entre les divers organes de la tête, entre la tête et les deux membres de l'avant-train, disposition évidente chez l'homme ; 2° entre la direction des pièces sternales, des clavicules, par exemple, et des omoplates d'un côté, et la direction des deux bras de l'autre; observations trop hardies pour être concentrées dans de si courtes indications ; arrivons à l'appareil osseux du canal spino-dorsal, à l'appareil des vertèbres; et voyez-vous avec quelle justesse, à la faveur des spires génératrices d'organes, et en admettant dans le cylindre deux paires (quatre spires), on arrive à peindre aux regards la disposition si évidemment opposée-croisée des apophyses de chaque vertèbre.

La formule des nerfs est la disposition en spirale, disposition qu'affectent les fibrilles, les rameaux gros ou minces qui émanent d'un tronc nerveux ; disposition qui se peint au dehors sur certaines surfaces, telles que le cuir chevelu, et surtout la surface inférieure des mains et des pieds, où les dernières terminaisons des nerfs viennent se dessiner par de petits godets qu'on a désignés sous le nom de *pores de la sueur*, et qui, d'après nous, ne sont que des organes réduits d'appréhension, que les analogues des suçoirs qui recouvrent les tentacules de certains animaux inférieurs.

Je m'arrête ; j'ai déjà dépassé les bornes de cet article. Je prie le lecteur de suppléer, par de plus amples applications, au laconisme de cet énoncé ; mon but n'ayant été que de prendre date, et non de démontrer.

RASPAIL.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. BOILLAUD, professeur.

Discours d'ouverture. — Du progrès en médecine.

Il est une question qui domine toutes les autres, le progrès. Ce progrès existe-t-il ? on a peine à comprendre que certains esprits aient osé le nier. En effet, le progrès n'est pas nouveau, il a toujours existé, car toute découverte de faits, de théorie, de doctrine, de système, est un progrès ; donc nier le progrès qui nous environne de toutes parts, est aussi ridicule que de nier le mouvement. La physique n'est plus de nos jours ce qu'elle était dans l'antiquité ; la chimie de Fourcroy n'est pas celle de Berzélius, de Thénard, etc.; la philosophie moderne n'est pas la même que celle de Socrate et de Platon. Il en est ainsi de la politique.

Certaines personnes placent Hippocrate bien au-dessus des médecins modernes ; nous sommes d'un avis contraire, et tous les esprits judicieux placeront avec nous la médecine moderne à mille coudées au-dessus de ce qu'elle était du temps de ce père de la médecine.

La physique, la chimie et toutes les autres sciences accessoires sont indispensables au médecin ; en effet comment pourra-t-il interpréter et comprendre la théorie des mouvemens, les phénomènes intérieurs de la chimie des organes, la circulation, etc., sans une connaissance plus ou moins profonde des lois qui régissent les corps organiques ? Du temps d'Hippocrate on ne connaissait pas le corps des maladies, on s'appliquait à en étudier l'ombre, c'est-à-dire les symptômes, et si plus tard Galien se livra à l'anatomie des organes sains, il ignorait complétement celle des tissus malades ; et disons-le à la gloire des modernes, l'anatomie pathologique leur appartient tout entière, et il faudrait deux mois entiers pour vous initier à ses découvertes. Les anciens ignoraient la physiologie ; ils n'avaient pas sur

l'étiologie les connaissances que nous possédons aujourd'hui, et cependant Hippocrate avait bien étudié l'influence de l'air, des eaux et des lieux.

Le traitement, ce corollaire de la pathologie, a fait d'incontestables progrès, quoiqu'il soit loin encore de la perfection, car il est souvent irrationnel et empirique. Enfin, sans chercher plus loin, la percussion, l'auscultation, la mensuration sont des preuves patentes des progrès de la médecine.

Les hommes de progrès sont rares, surtout ceux qui le créent; pour faire avancer la science, il ne faut pas seulement de l'intelligence, du génie, il faut encore être homme de cœur, car certains hommes intelligens se rebutent par les obstacles; ils ont à combattre la haine, la jalousie, et toutes les mauvaises passions de leurs adversaires.

Certains beaux-arts tels que la poésie, la musique, etc., sont des instincts que l'homme apporte en naissant et qui n'exigent pas beaucoup de patience et de travail; il n'en est point ainsi de certaines sciences, et de la médecine en particulier, qui exige un labeur longtemps continué, et une patience à toute épreuve. Si on compare les progrès de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à Morgagni et depuis Morgagni et Bichat jusqu'à ce jour, on verra combien sont immenses ceux qu'elle a faits dans le dernier siècle. Non-seulement les progrès de la science ne sont pas les mêmes pour tous les siècles, mais encore les pays sont loin d'être aussi avancés les uns que les autres. La France est un des pays les plus progressifs, et la médecine n'est pas restée en arrière des autres sciences.

Pour que le progrès soit utile à l'humanité, il ne suffit pas de le créer, il faut le démontrer et le répandre, et la dernière de ces conditions est peut-être plus difficile à remplir que la première, car les hommes de génie ont toujours eu d'innombrables obstacles à surmonter pour répandre et faire adopter leurs découvertes; plusieurs même ont été persécutés, d'autres ont été tournés en ridicule et ont eu à subir tous les genres de vexations.

La médecine physiologique dans ces derniers temps, a subi le même sort; honnie et frappée de réprobation à sa naissance, elle a fini par triompher, et plusieurs de ceux qui, dès le principe, l'avaient dédaignée et attaquée, sont devenus ses partisans les plus dévoués après l'avoir mieux connue et mieux appréciée.

Nos ennemis demandent de notre part de la mesure, de la modération; nous disons qu'il faut parler et parler haut pour propager la vérité, et s'ils se cachent, si dans leur haine ils conspirent à l'ombre, c'est à nous d'élever la voix, d'en appeler à la publicité, et alors nous aurons pour nous tous ceux qui auront connu les faits : ils ne seront pas des fanatiques, mais des amis sincères du progrès.

On peut ranger les hommes par rapport au progrès, en trois classes : 1° les hommes généreux et amis du progrès; 2° les hommes qui n'en veulent en aucune manière, hommes détériorés et rabougris; 3° les hommes mi-progressifs. Ces derniers peuvent encore rendre des services à la cause du progrès. Ce sont eux qui font le plus progresser les idées en adoptant celles qui conviennent à leur taille. Quant aux adversaires de tout progrès, ceux-là nous les combattons, non pas dans l'ombre, mais ouvertement et avec des armes loyales.

L'éclectisme n'est qu'un mot vide de sens, et abandonné aujourd'hui par ses anciens partisans.

Le scepticisme en médecine a été conseillé par quelques personnes; nous pensons au contraire qu'il faut avoir de la conviction, mais pour l'acquérir il faut recourir à la démonstration, et c'est en quoi la médecine diffère des idées religieuses; l'une se démontre en quelque sorte comme une vérité mathématique; les autres ont leur source dans l'imagination et ne souffrent ni discussion ni démonstration. En un mot, pour acquérir une conviction en médecine, il faut voir et examiner par soi-même.

Il n'y a pas de conciliation possible entre la vérité et l'erreur; on peut comparer deux hommes qui suivent ces voies opposées, à deux nuages chargés d'électricité contraire, s'attirant pour se fondroyer : du choc résulte le bruit et la lumière.

Les institutions médicales sont de la plus haute importance pour le progrès, car il doit trouver un appui dans les écoles (1), les académies, les journaux, etc. A la rigueur, le maître n'est pas tenu de faire des découvertes, pourvu qu'il s'attache à propager celles qui existent déjà. Cependant on n'aime pas en général, à répandre celles qu'on n'a point faites. Malgré tant d'obstacles qui s'offrent au progrès et qui ont leur source dans la jalousie, la haine, la rivalité, la jeunesse favorisa sa marche, parce qu'elle est indépendante et sans idée préconçue; elle vaincra ces obstacles et culbutera ces hommes à idées mesquines, véritables eunuques sans force et sans vie. En un mot, il faut voir et entendre pour juger, et l'auteur de la médecine physiologique a rallié sous ses drapeaux des hommes qui l'avaient combattu.

Quant à nous, loin de redouter ces objections, nous les appelons de tous nos vœux; et quoique nous ayons été en proie à la calomnie relativement à nos statistiques, nous ne persistons pas moins à proclamer les résultats avantageux qu'elles constatent.

Ce discours, que nous ne faisons qu'analyser, a été recueilli par les applaudissemens d'une foule d'élèves qui étaient accourus dans cet amphithéâtre naguère si vide d'auditeurs; beaucoup d'entre eux encombraient les issues et les corridors. M...

---

(1) Otez un ou deux hommes à l'école, et dites-nous où est, nous ne dirons pas le progrès, mais le désir du progrès dans cette école *postiche et de parade*, comme le disait Dupuytren.

(*N. du R.*)

N° 43. — 9 Avril.

HOPITAL DE LA PITIÉ

Clinique de M. Lisfranc.

Traitement consécutif des tumeurs blanches à l'état chronique

Après la guérison d'une tumeur blanche, l'articulation qui en fut le siége ne retrouvera pas sur-le-champ le libre exercice de ses fonctions : car il y a pour les organes externes une convalescence comme pour les organes internes. La marche après un long repos, produira de la douleur; mais est-elle due à la perte qu'a fait le membre de l'habitude de se mouvoir? Alors, à peine le malade s'est-il reposé depuis un quart-d'heure, une demi-heure ou une heure, que la douleur disparaît; dans ce cas, l'exercice toujours léger doit être continué, et bientôt on ne souffre plus. Si, au contraire, l'article reste douloureux, le repos doit être continué : on est même quelquefois obligé de revenir aux antiphlogistiques, surtout quand il y a augmentation de chaleur et de volume de la tumeur. J'ai dû insister sur les indications que je viens de poser, parce que j'ai vu souvent qu'on ne les saisissait pas.

« Plusieurs malades rentraient dans nos salles avec des récidives; nous leur fîmes porter, après la guérison, une genouillère matelassée de manière à s'accommoder exactement aux enfoncemens et aux saillies de l'articulation : ce moyen eut pour effet de comprimer légèrement l'articulation, de borner ses mouvemens et de faciliter la résorption du reste de l'engorgement, et de s'opposer à la stagnation des liquides : les récidives sont devenues infiniment rares.

Si la jambe a conservé longtemps la position à demi-fléchie, il peut y avoir ankylose fausse : on a recours alors aux machines orthopédiques; mais avant de les employer, il faut que la tumeur soit guérie ou presque guérie, autrement on produirait des accidens; ensuite, et j'insiste beaucoup sur ce point, agissez lentement, ne confiez guère la clef de l'appareil au malade qui, souvent trop pressé de voir sa guérison achevée, pourrait en faire un usage qui lui serait nuisible. Il faut plusieurs mois pour redresser un membre qui a été frappé de tumeur blanche; le redressement est, en général, plus prompt dans les cas où les parties molles n'ont pas été engorgées.

Examinons d'ailleurs une question bien importante. Existe-t-il un signe positif de l'ankylose vraie? On a donné comme tel l'impossibilité complète de tout mouvement : eh bien, ce n'est pas là un signe infaillible.

— M. Cazenave, négociant du midi, avait la jambe presque entièrement fléchie sur la cuisse; il existait une immobilité absolue du membre ankylosé. Ce malade, désolé de sa fâcheuse position, demandait que l'on fît quelques essais : nous chargeâmes un mécanicien très-distingué, de nous faire une machine à l'aide de laquelle nous avons redressé presque complétement la jambe.

Dans la salle Saint-Louis, est couché un homme qui offrait le même cas, et dont la *Gazette des Hôpitaux* a parlé. Vous savez que nous avons déjà obtenu un très-beau résultat; tout porte à croire que ce malade, moins pressé par ses affaires que M. Cazenave, guérira parfaitement.

Ces deux faits, si nous n'en avions pas d'autres, suffiraient pour prouver qu'il n'y a pas de signe certain de l'ankylose vraie, et que, dans tous les cas, il faut tenter avec précaution de redresser le membre. Vous voyez que nous sommes encore ici en contradiction avec le commun des martyrs. Ce sera un nouveau titre de proscription; mais vous savez que nous sommes accoutumés à rire des erreurs de MM. les *pairs*.

La rupture d'une ankylose réputée vraie est-elle très-dangereuse? Une femme portait depuis longtemps cette maladie; elle fit une chute : à l'instant l'articulation devint mobile; il survint un engorgement violent avec de très-vives douleurs; j'employai avec énergie les antiphlogistiques et les narcotiques. Les accidens inflammatoires et la tuméfaction se dissipèrent. La jambe fut maintenue étendue, et la guérison eut lieu avec une nouvelle ankylose. La malade put se servir de son membre, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant, à cause de la demi-flexion dans laquelle il était maintenu. J'ai observé deux autres faits semblables. »

M. Lisfranc n'oublie par de rappeler que les traitemens internes destinés à combattre les vices ou les virus sous l'influence desquels les tumeurs blanches se sont développées, doivent être employés, il ajoute que pour les mettre en usage il faut attendre que l'état inflammatoire, s'il est assez développé, soit beaucoup amendé. Mais le muriate de baryte, comme nous l'avons déjà avancé, peut être administré dans tous les cas.

On a dit, et on a même écrit, que notre mode de traitement consistait exclusivement dans l'application multipliée de sangsues; vous nous avez vu traiter nos malades, nous vous avons développé les moyens nombreux que nous employons; vous connaissez nos succès. Lisez la thèse de M. Margot, publiée en 1826 dans les Archives générales de médecine, vous acquerrez la conviction que nous n'étions pas plus exclusif qu'aujourd'hui. C'est ainsi qu'il faut répondre aux calomnies et aux mensonges de ces hommes qui nous ont persécuté dès notre début dans la carrière médicale; de ces hommes dont l'inimitié et l'acharnement nous honorent, et auxquels nous continuerons de résister, dans l'intérêt sacré de l'humanité : *Nam agitur de pelle humana.* (Baglivi).

—

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux ; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro du 29 mars.)

4e Ordre. — *Induration des centres nerveux.*

Cette maladie, assez rare, peut être générale ou partielle. L'induration qui frappe simultanément tous les centres nerveux est peu commune : il n'en est pas de même de l'induration bornée à quelques points.

Caractères anatomiques. — Indépendamment du siége, de l'étendue, etc., de l'affection, le cerveau induré ressemble assez à un cerveau macéré dans l'acide nitrique. A un degré plus avancé, il prend la consistance de la cire, quelquefois celle du fromage de Gruyère. Dans des cas plus prononcés encore, le cerveau est rénittent, élastique comme les fibro-cartilages, sans pourtant y être transformé.

A l'induration peuvent se lier des désordres matériels variés. Tantôt il y a en même temps hypérémie, tantôt anémie ; et dans ce dernier cas la substance grise devient blanche. L'induration coïncide quelquefois avec l'hypertrophie ou même avec l'atrophie de l'organe, ce qui s'observe d'ailleurs dans le foie. Mais la maladie qui nous occupe peut exister sans aucune de ces lésions. On a vu parfois l'induration autour de foyers hémorrhagiques, de produits accidentels, etc.

Aucun âge n'est exempt de cette affection. M. Andral l'a constatée sur un enfant de vingt mois. La vieillesse y est cependant plus sujette.

Siége. — Quelque soit le degré de l'altération, elle peut porter sur les diverses parties du cerveau ; mais c'est surtout dans les circonvolutions qu'on la rencontre. La substance blanche peut aussi être envahie. On a cité des cas d'induration partielle des cornes d'Ammon. On a pu encore constater la même lésion dans le cervelet et dans la moelle épinière. Les meninges elles-mêmes ont été trouvées épaissies, adhérentes entre elles, et indiquant des traces de phlegmasie.

Induration des hémisphères cérébraux. — Elle les occupe en partie ou en totalité. Dans ce dernier cas, on serait porté à croire que les symptômes doivent se rapporter à un état chronique ; mais des observations prouvent que l'induration s'est présentée d'une manière très-aiguë, bien qu'on le conçoive difficilement, et le cerveau offrait alors le premier degré de la maladie. MM. Bouillaud, Godet, etc., en ont cité des exemples. Les phénomènes observés ont été ceux d'une fièvre ataxique de Pinel.

L'induration générale des hémisphères à l'état chronique s'est vue assez rarement. M. Andral n'en connaît que trois cas authentiques. Les symptômes ont porté sur le mouvement et sur l'intelligence. Dans un de ces trois cas, il y avait idiotisme ; dans les deux autres hébétude. Chez deux des individus malades, il y eut épilepsie ; chez le troisième, pas de phénomènes épileptiques, mais affaiblissement graduel des membres, paralysie interrompue de temps en temps par des contractions spasmodiques.

Un sujet mourut à vingt deux ans, un autre qui avait commencé à être pris à quarante-un ans, succomba à quarante-huit.

L'induration partielle aiguë des hémisphères n'est pas connue. A l'état chronique, elle donne lieu à des désordres variés. Chez les uns, on remarque des contractures, chez d'autres des paralysies ; l'épilepsie s'est manifestée dans plusieurs cas ; l'intelligence s'est troublée dans d'autres. M. Lallemand rapporte un fait où un embarras de la parole a seul coïncidé avec l'induration d'un des lobes du cerveau.

M. Serres et Gall citent des cas d'induration du cervelet, et le dernier prétend qu'alors les organes génitaux avaient été modifiés. M. Andral en a rencontré sans que pendant la vie des symptômes se soient traduits.

La moelle épinière est susceptible d'induration ou générale, ou partielle, et selon l'étendue, l'intensité, le siége, etc., de la maladie, les désordres varieront. Ainsi on pourra, selon les cas, voir une paralysie, tantôt des membres supérieurs, tantôt des inférieurs, tantôt même des quatre en même temps.

Traitement. — Ici encore il faut confesser la faiblesse de l'art.

Des altérations de sécrétion du système nerveux.

Ces lésions de sécrétions peuvent s'offrir dans toutes les parties de ce système. Nous allons les étudier dans le cerveau.

Œdème du cerveau.

Cette affection est caractérisée par une surabondance de sérosité ; le cerveau en est infiltré, abreuvé. Un épanchement séreux dans l'arachnoïde ou dans les ventricules, un état d'hypérémie ou d'anémie, ou de ramollissement du cerveau, peut exister en même temps que l'œdème cérébral.

Cette maladie, dont on possède déjà quelques faits dans la science, n'a été observée jusqu'à présent que dans les hémisphères cérébraux et dans les parties blanches centrales.

Causes. — Elles sont diverses. Ainsi, on voit des individus jusqu'alors bien portans, être surpris par l'œdème cérébral ; d'autres fois il se déclare dans le cours ou vers la fin d'une maladie chronique d'un organe quelconque, et surtout du cerveau. Il n'est pas rare à la suite du ramollissement ; il peut, du reste, se montrer seul et constituer toute la maladie, qui sévit sur tous les âges, mais spécialement sur la vieillesse.

Aiguë ou chronique, telle est une des formes qu'adopte l'œdème cérébral.

Plus rare à l'état aigu qu'à l'état chronique, où elle s'observe assez souvent, l'affection qui fait l'objet de notre étude actuelle se présente dans le premier cas avec les symptômes les plus propres à faire croire à une apo-

plexie, et la distinction est très-difficile à établir. Ainsi, on remarque le coma, la perte de connaissance, la résolution générale et complète des membres. Mais la ressemblance entre les deux maladies est encore plus parfaite lorsque le poumon se prend, et que la respiration devient stertoreuse, phénomène assez ordinaire. Dans ce cas la mort peut être instantanée ou ne survenir qu'au bout de quelques heures, ou même de quelques jours.

C'est à cette lésion que les anciens avaient donné le nom d'apoplexie séreuse.

Il y a encore une autre sorte d'apoplexie séreuse qui consiste dans un épanchement séreux dans l'arachnoïde.

Dans l'état actuel de nos connaissances, est-il possible de distinguer une apoplexie sanguine d'un œdème du cerveau? Oui, sans doute, excepté pourtant lorsque l'hémorrhagie cérébrale est à son plus haut degré; car alors on ne peut plus savoir si on a affaire à une congestion, à une apoplexie ou à un œdème du cerveau.

On a vu quelquefois l'œdème cérébral aigu succéder à la disparition d'une autre hydropisie. M. Dance l'a noté à la suite d'une ascite.

Sous la forme chronique, cette maladie se rencontre plus particulièrement chez les vieillards. Les individus subissent dans ce cas une diminution graduelle dans leurs facultés intellectuelles, leur sensibilité s'émousse, le mouvement s'affaiblit par degrés. On sait que par le seul fait de l'âge avancé, des phénomènes presque analogues peuvent se produire, mais ils sont bien moins prononcés. A l'autopsie on trouve souvent, mais pas toujours, le cerveau infiltré, œdémateux.

Certaines démences dont la cause avait été jusqu'alors inconnue, ont été expliquées par la présence de l'altération dont nous traitons. Voilà ce que l'on sait de l'œdème du cerveau, dont personne peut-être n'avait parlé avant M. Andral.

Traitement. — Il n'y a rien de bien spécial à en dire. Aigu ou chronique, l'œdème cérébral doit, comme les autres sortes de sécrétions par excès dont il se rapproche, être traité de la même manière. Quelquefois des émissions sanguines seront indiquées; c'est surtout dans les cas où l'on a à craindre des congestions graves, quand il y a hypérémie, etc.; des révulsifs sur le point malade, mais particulièrement sur les jambes, sont souvent avantageux; il faut les répéter et les appliquer largement. L'emploi du calomel en frictions et à l'intérieur, peut amener des résultats satisfaisans. Est-il nécessaire de dire que l'on doit favoriser toutes les sécrétions de la peau, etc.?

N° 44. — 12 Avril.

Leçons sur la phrénologie; par M. Broussais.

(Première leçon. — 11 avril.)

Aujourd'hui avait lieu à l'école une de ces solennités auxquelles elle n'est pas habituée. Le fondateur de la doctrine physiologique venait exposer, dans l'amphithéâtre si souvent vide d'auditeurs, ses nouvelles convictions sur la phrénologie, et un concours immense d'hommes du monde, d'élèves en médecine et en droit, des pairs de France même, n'avaient pas craint de dépasser le seuil du sanctuaire scolastique. Des acclamations répétées ont accueilli le professeur à son arrivée et à sa sortie.

Nos lecteurs pourront apprécier le degré d'importance de ces leçons, que nous nous proposons de publier successivement, et qui nous paraissent devoir offrir de l'intérêt au moment où la lutte s'engage avec vivacité entre les partisans et les détracteurs de la phrénologie.

« Qu'est-ce que la phrénologie? Un livre qui vient de paraître la regarde comme le système de physiologie le plus avancé que comporte l'état actuel de nos connaissances. Cette définition est un éloge; nous ne pouvons cependant l'admettre; car ce n'est pas dans cette enceinte qu'on peut dire que la phrénologie est un système de psycologie. Nous dirons donc avec Gall : la phrénologie est la psycologie du cerveau. Quand on donne cette qualification de système psycologique à la phrénologie, on la considère comme indépendante des organes; c'est le *quo modo* des phénomènes de la psycologie; nous ne prétendons pas la suivre jusque là, et nous nous bornerons à exposer les actes accessibles à nos sens.

Le cerveau est un appareil nerveux renfermé dans le crâne et qui envoie un prolongement dans le rachis; il reçoit des nerfs conducteurs de stimulations, et ayant été excité par eux, il réagit, je dis *réagit* (agit après), et je tiens à ce mot que j'emploie dans toute la valeur de son acception; il produit plusieurs ordres de phénomènes : des instincts proprement dits besoins, penchans, des sentimens; des phénomènes intellectuels et des mouvemens.

Les instincts se manifestent par l'action de la partie postérieure; les sentimens sont situés à la partie supérieure; les facultés intellectuelles à la partie antérieure (1).

L'instinct est le premier mouvement que le cerveau fait exécuter pour la conservation de la vie; les besoins communs aux hommes et aux animaux sont la défense, l'attaque, la ruse, etc.; nous entrerons plus tard dans de plus grands détails. Les sentimens sont des espèces d'instincts sociaux destinés à rassembler les hommes, à les faire vivre ensemble et contiennent le germe de toute civilisation. Les facultés intellectuelles se subdivisent également; quant aux mouvemens, le cerveau en excite de deux ordres : les mouvemens organiques intérieurs qui agissent sur le cœur, les organes de la digestion, de la respiration, de la génération, etc.; les deuxièmes ont lieu sur les muscles; ainsi, vous le voyez, le cerveau donne des phénomènes relatifs à l'instinct,

---

(1) M. Broussais présente ici comme preuve de ces deux derniers faits, la tête d'un idiot de dix-sept ans où ces organes sont très-déprimés.

au sentiment, à l'intelligence et aux mouvemens ; vous devez penser, d'après cet exposé, que je ne veux pas vous conduire dans le domaine obscur de la psycologie. Jadis les distinctions que je viens d'établir n'étaient pas connues ; les idées, l'entendement et la volonté étaient les trois divisions adoptées pour l'étude de l'intelligence humaine, parce qu'à cette époque on n'avait pas de notions suffisantes d'anatomie et de physiologie.

Cependant il y eut un sentiment de la différence qui existe entre la volonté, les idées et l'entendement ; c'est ce qui fit admettre un être immatériel qu'on nomma ame et qu'on plaça dans le cerveau. On vit néanmoins que la lésion ou l'absence d'un ou de plusieurs sens avait une influence marquée sur l'esprit, l'ame, et que les idées disparaissaient avec les sens. On admit donc ceux-ci, qu'on regarda comme les ministres de l'esprit : on se contenta de ces deux bases. On disserta ensuite sur cet esprit. Les organes étant mis de côté, chacun observait des différences dans les facultés intellectuelles, et on établit un grand nombre de divisions. Les philosophes de la Grèce, qui avaient communiqué avec l'Orient, portèrent ces théories plus loin. Platon regarda les idées comme existant de toute éternité dans le sein de Dieu, dit qu'il les réalisa dans la création. Aristote vint, et dit que les idées n'étaient pas antérieures à toute chose, qu'elles arrivaient par les sens au cerveau, qu'il regardait comme une table rase. Mais avec les mêmes idées, les hommes n'agissaient pas de la même manière ; alors on fut obligé d'admettre qu'il y avait des prédispositions à agir d'une manière plutôt que d'une autre, et ces prédispositions furent appelées idées innées.

L'idée, idea, image, ne peut s'entendre que de ce qui est susceptible de représentation matérielle ; mais l'amour, la haine, la colère, la jalousie, etc., ne trouvant plus dans la nature d'objet de comparaison, furent classés parmi les idées innées ; de là les disputes sans fin des diverses écoles philosophiques, les unes donnant la prééminence aux idées innées, et les autres aux idées venues par les sens.

Descartes, voyant qu'on ne faisait que s'attaquer avec virulence dans les écoles, entreprit de réformer la philosophie ; il posa d'abord en doute l'existence du moi, reconnut qu'il y avait des idées venant des sens par l'extérieur, des idées innées et des idées factices. Locke donne aux idées deux origines, les sens et la réflexion. On voit déjà par là que la psycologie avait déjà perdu une grande influence depuis Platon. Kant, trop loué et trop blâmé, reconnaît aussi des idées et des mobiles intérieurs. L'homme, dit-il, n'est pas seulement dans le monde pour apprendre, il reçoit des impulsions intérieures, lois éternelles qu'il nomme forces ou virtualités ; mais ces impulsions intérieures ne sont rien jusqu'à ce qu'on arrive aux notions phrénologiques, qui seules donnent des explications exactes.

Les philosophes allemands, imbus de cette doctrine des idées, nous traitent avec tant de dédain qu'ils s'étonnent que nous osions parler de l'homme, nous qui, disent-ils, ne nous dirigeons que par les notions du sensualisme ou du matérialisme, et n'entendons par conséquent rien aux idées venues de l'intérieur, et qui nous donnent la conscience du beau, du bien, du juste, du devoir. Les Écossais, moins orgueilleux, approfondirent davantage la question, et parmi eux Reid et Dugald-Stewart voulurent fonder la philosophie sur le sens commun.

Maintenant, dit en finissant M. Broussais, pour poursuivre notre tâche, il faudrait remonter l'échelle zoologique, afin de s'assurer si les facultés sont propres à l'homme seul ou si elles se retrouvent au moins en partie dans la série des animaux. Ceci sera l'objet d'une deuxième séance de généralités, après laquelle nous arriverons aux détails du sujet que nous nous proposons de traiter.

HOPITAL DE GUY. (Londres.)

Anévrysme fémoral ; ligature de l'iliaque externe ; dissection du membre dix-huit années après ; par M. Astley Cooper.

Williams Cowles, 39 ans, en portant, dans le printemps de 1808, un lourd fardeau dans la distance de huit milles, se fatigua beaucoup et fit de grands efforts ; ce qui lui causa un malaise dans l'aîne droite. En examinant cette partie, quinze ans après, il y trouva une petite tumeur dure du volume d'une noisette, qui battait violemment sous les doigts (1).

Comme la douleur qu'il éprouvait n'était pas considérable, il ne s'en occupa point pendant six semaines. A cette époque cependant, la tumeur avait acquis du développement. Il observa que lorsqu'il buvait plus qu'à l'ordinaire, les battemens, la douleur et la tension devenaient beaucoup plus forts. Il continua à exercer sa profession de jardinier, mais il souffrait beaucoup lorsqu'il voulait se baisser.

Dans l'espace de trois mois, la tumeur avait acquis le volume d'une noix, et battait avec une force croissante. Six mois plus tard, elle présentait le volume d'un œuf de poule. A cette époque, le malade a été obligé de cesser de travailler par suite de la grande douleur qu'il éprouvait.

Comme la grosseur était progressive et que la douleur était devenue très-intense, le malade se rendit à la capitale pour demander des avis. Durant ce voyage, il

---

(1) Il est assez remarquable que la plupart des anévrysmes spontanés externes ne commencent que par une douleur plus ou moins vive. Cette douleur tient ordinairement au déchirement de la membrane interne de l'artère ou de celle-ci et de la membrane moyenne. Cela suppose cependant une fragilité préexistante dans les tuniques artérielles. Qu'on dise tout ce qu'on voudra ; si l'on en excepte quelques cas rares, la doctrine de Searpa sur l'origine des anévrysmes est encore dans toute sa vigueur.

(*N. du Tr.*)

s'endormit sur l'impériale de la voiture, le tronc fléchi en avant; la pression que la tumeur éprouva décolora un peu sa surface. Néanmoins, il put se rendre à pied à l'hopital de Guy depuis Brompton, endroit de sa descente de diligence.

A l'examen, nous trouvâmes la tumeur située immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, et relevant considérablement cet arc par sa présence. L'artère offrait une dilatation égale à celle d'un bol (1); la peau qui la couvrait était extrêmement mince, tendue et irrégulière à sa surface. Les parties les plus saillantes de la tumeur avaient déjà acquis une couleur pourprée.

Il est évident qu'attendu l'état avancé de la tumeur, il ne fallait pas perdre de temps pour lier le vaisseau; aussi le malade a-t-il été reçu à l'hôpital. La cuisse et la jambe présentaient une température naturelle, et n'offraient rien qui s'éloignât de l'état normal. L'opération fut donc exécutée le jour même de son entrée, 22 juin 1808.

Manuel opératoire. — La première incision commença à un pouce et demi de l'épine antérieure supérieure de l'os des îles, s'étendant obliquement en dedans vers le ligament de Poupart. On découvrit et l'on divisa le tendon de l'oblique externe. Les bords de l'oblique interne et du transverse ont été mis en évidence, puis soulevés en haut avec le péritoine. Les pulsations de l'artère iliaque externe ont pu être alors senties au fond de la plaie. Le manche du scalpel a été ensuite employé pour séparer l'artère des parties environnantes. C'est là la partie la plus ardue de l'opération, à cause de la profondeur du vaisseau et de la difficulté de le découvrir. La division cependant des fibres inférieures des muscles transverse et petit-oblique facilita cette partie de l'opération; l'artère fut ainsi découverte et isolée des parties adjacentes (2).

Deux ligatures furent passées sous le vaisseau à l'aide d'une aiguille anévrysmale; elles furent placées à la distance de trois quarts de pouce entre elles, le fil supérieur fut lié le premier. Après la ligature de l'autre fil, l'artère a été divisée dans l'entre-deux des ligatures (3).

(1) C'est là, nous le croyons, une manière de s'exprimer; car, comment pouvait-on s'assurer par cette inspection, que la tumeur était formée par dilatation plutôt que par rupture?

(*N. du Tr.*)

(2) Mieux vaudrait, dans ce cas, suivre le précepte de Scarpa, qui veut qu'on porte le doigt indicateur en forme de crochet dans le fond de la plaie, et qu'on relève de la sorte en masse tout le paquet vasculo-nerveux au niveau des bords de l'incision, où on peut isoler l'artère beaucoup plus facilement que dans le procédé indiqué par M. A. Cooper.

(3) L'on sait que cette méthode de couper l'artère entre deux ligatures, appartient à Aétius. Elle a été reproduite en Angleterre par Abernethy et A. Cooper; en France, par M. Maunoir. Les expériences cependant faites en Italie sur cette méthode chez l'homme vivant, n'ont pas répondu aux idées avantageuses que ses partisans avaient fait naître. Aussi y a-t-on renoncé entièrement de nos jours.

Les parois du vaisseau parurent tout à fait saines. La plaie fut réunie à l'aide de bandelettes agglutinatives, d'une compresse et d'un bandage en T. Le malade a été couché sur le côté gauche, avec un coussin entre les genoux pour soutenir le membre droit. Ses jambes ont été couvertes par des bas très-épais et une flanelle double.

Le quatrième jour de l'opération, délire; des gardes-malades sont obligés de le tenir pour l'empêcher de se jeter hors du lit. Suppuration abondante de la plaie; diminution de la tumeur anévrysmale : elle est molle cependant comme si elle contenait du sang liquide.

Le septième jour, ouverture spontanée de la tumeur; écoulement d'un sang noir; flaccidité du sac, qui est presque vide; douleurs rhumatismales dans les membres et dans d'autres parties du corps. Application d'une éponge trempée dans de l'eau vinaigrée dans le sac (1). Suppuration consécutive du sac; granulations; oblitération de la poche sanguine; guérison.

Dans l'automne de 1826, c'est-à-dire 18 ans et demi après la guérison, cet homme étant mort d'une autre maladie, on a eu l'occasion de disséquer le membre. Deux planches très-bien faites montrent parfaitement l'état des parties que nous allons indiquer.

Dissection cadavérique. — Le membre a été d'abord injecté par l'aorte abdominale; l'artère iliaque primitive gauche avait été liée, afin que l'injection se bornât aux artères du membre droit. Les vaisseaux ont été ensuite suivis avec le scalpel depuis la bifurcation de l'aorte jusqu'au genou. Le membre a été alors enlevé du cadavre en comprenant l'os innominé, le sacrum et la portion inférieure de la colonne vertébrale, la jambe a été enlevée précisément au-dessus des condyles du fémur. La pièce comprend donc l'artère iliaque primitive droite, l'iliaque interne et ses divitions, l'iliaque externe sur laquelle l'opération avait été pratiquée et tout le trajet de la fémorale.

Iliaque externe. — Cette artère conservait son canal dans la longueur de plus d'un pouce depuis son origine à l'iliaque commune, elle était cependant un peu diminuée de calibre et altérée dans sa forme. Aucune branche ne partait de ce point de l'artère. Sa figure était celle d'un cône à sommet inférieur, se terminant par une sorte de corde ronde qui était le reste de la portion de l'artère oblitérée et qui se continuait jusqu'à l'endroit de la ligature. La ligature avait probablement été appliquée au-dessus de l'origine de la circonflexe iliaque et de l'épigastrique, bien que rien ne marquât avec précision cet endroit. Immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, le tronc iliaque reprenait ex abrupto son intégrité (apparemment par le sang que lui apportaient les branches ci-dessus nommées). La portion oblitérée de l'artère présentait les apparences d'une corde continue depuis le point indiqué supérieurement jusqu'à l'autre que nous venons de signaler.

(1) Cette dernière pratique nous paraît excellente pour prévenir la réaction putride du foyer sanguin. (*V.* Pelletan, clinic. chir., t. I, p. 106 et suiv.)

Iliaque et fémorale au-dessous de la ligature.—Nous venons de faire remarquer que le tronc iliaque reprenait son calibre naturel immédiatement au-dessus du ligament de Poupart par l'effet de la circulation rétrograde établie par les artères circonflexe iliaque et épigastrique qui recevaient leur sang supérieurement des branches de l'iliaque interne (1). Le vaisseau ayant regagné de la sorte la moitié de son diamètre naturel, passait à la cuisse et se continuait sans recevoir aucune branche collatérale jusqu'à l'origine de la fémorale profonde. Depuis ce point, le tronc recevait une quantité assez grande de sang pour conserver son calibre naturel, comme chez un homme musculeux de petite taille. Le reste de la fémorale au-dessous de la profonde ne présentait rien de remarquable. Immédiatement au-dessus de l'origine de la profonde, la fémorale présentait des inflexions et des irrégularités de figure ; elle offrait quelque obscurité sur le point de ses connexions avec les restes du sac anévrysmal qui adhéraient à la face antérieure du vaisseau, de même qu'aux muscles et fascias adjacens. Il ne peut pas y avoir le moindre doute que l'ouverture primitive de communication entre le sac et le tronc fémoral existait sur ce point, savoir, immédiatement au-dessus de la profonde ; mais il paraîtrait aussi qu'à mesure que le sac anévrysmal s'oblitérait par les progrès de la cure, l'ouverture du vaisseau se fermait également, tandis que l'intégrité du tronc artériel au-dessus et au-dessous du sac continuait dans le même état naturel sous l'influence des causes ci-dessus mentionnées.

Circulation anastomotique. — La circulation collatérale avait été établie dans ce cas par les anastomoses de l'iléo-lombaire, obturatrice, fessière et ischiatique, avec la circonflexe iliaque et épigastrique dégagées par l'iliaque externe, et avec les branches de la fémorale profonde. Ces branches anastomotiques descendaient en formant trois groupes d'entrelacemens vasculaires, passant l'une par la partie antérieure, l'autre par la partie interne, et la troisième par la face postérieure de l'articulation coxo-fémorale.

La réunion antérieure de ces branches anastomotiques résultait :

1° D'une très-grosse branche de l'iléo-lombaire, laquelle descendait le long de la crête de l'os des îles pour se terminer dans la circonflexe iliaque ;

2° D'une autre branche de l'iléo-lombaire qui se joignait à un petit rameau de l'obturatrice et se divisait en une foule de rameaux excessivement tortueux ;

3° De deux autres branches provenant de l'obturatrice, lesquelles se contournaient sur la marge pelvienne, formaient un plexus pareil au précédent, communiquaient avec l'épigastrique et se terminaient dans la circonflexe externe de la fémorale profonde.

Le groupe interne de ces anastomoses était formé par les branches émanées de l'obturatrice après que cette artère était sortie du bassin. Ces branches se ramifiaient dans les muscles adducteurs ou sur le côté interne de l'articulation, et s'anastomosaient librement avec les rameaux de la circonflexe interne de la fémorale profonde.

Le groupe postérieur enfin des anastomoses en question était constitué :

1° Par trois branches de l'artère fessière, dont deux croisaient la face dorsale de l'iléum, en contact avec cet os, et s'entrelaçant anastomotiquement près de l'épine antérieure-supérieure de l'os des îles, avec les branches ascendantes de la circonflexe externe fémorale ; la troisième descendait en direction presque verticale entre les trois muscles fessiers pour s'aboucher avec les rameaux moyens de la même artère, immédiatement au-dessous et derrière le grand trochanter.

2° Par quelques petits rameaux très-tortueux provenant de l'ischiatique, qui entouraient le grand nerf de ce nom, et descendaient ensuite derrière la cuisse pour s'anastomoser avec les circonflexes interne et externe et se joindre enfin aux branches perforantes de la fémorale profonde.

Les artères iléo-lombaire, obturatrice, fessière et ischiatique sont énormément dilatées. La honteuse interne est aussi très-volumineuse, mais elle ne paraît pas fournir de communication directe avec la fémorale.

— L'observation qui précède nous ayant paru offrir un très-haut intérêt sous le double rapport pratique et scientifique, nous avons cru devoir la rapporter dans tous ses détails, malgré sa longueur un peu trop considérable. Le vague qui règne encore dans l'esprit de beaucoup de praticiens concernant plusieurs points importans de chirurgie angéologique, nous engage, chaque fois que l'occasion s'en présente, à insister avec complaisance sur quelques questions de thérapeutique qui se rattachent à cette matière.

Un premier point qui a dû frapper l'esprit du lecteur dans ce fait, c'est la conversion en abcès de la poche anévrysmale après la ligature de l'iliaque externe. On regarde communément comme très-heureux un pareil événement après l'opération selon la méthode de Hunter. Nous ne partageons pas une semblable opinion, bien que nous sachions que la suppuration de la poche anévrismale s'est souvent terminée très-favorablement. Nous distinguons à cet égard les cas d'anévrysmes placés dans la région cervicale et principalement à la base du cou, de ceux qui naissent au loin de la poitrine ou sur les membres ; dans les premiers la phlogose suppurative du kyste est un accident formidable qui se termine très-souvent par la mort ; car l'inflammation se propage très-facilement au larynx, aux bronches, à l'aorte et même jusqu'aux cavités cardiaques quelquefois, et tue promptement le malade, soit par asphyxie, soit autrement. Lorsque la tumeur, au contraire, est

(1) Cela est très-exact d'après la planche que nous avons sous les yeux ; mais chacun prévoit déjà que la circonflexe iliaque, ou petite iliaque externe, et l'épigastrique pouvaient et devaient en même temps recevoir aussi du sang par plusieurs autres sources, savoir, par le rameau inguinal cutané de la fémorale profonde, les intercostales inférieures et les thoraciques. (*V.* Scarpa, anévrysmes, planche première ; édit. ital.) (*N. du Tr.*)

placée sur une région éloignée, comme dans le cas ci-devant rapporté, la même propagation de la phlogose n'est pas autant à redouter, bien qu'on n'en manque pas d'exemples cependant (Hodgson) : mais en s'abscédant une poche anévrysmale (quelle que soit d'ailleurs la région qu'elle occupe) ne laisse pas que d'être à redouter ; car, soit par l'effet de la putréfaction du sang (Pelletan), soit par suite de la fusion ou de la résorption purulente, la vie peut être mise en grand danger. Comme l'accident en question ne s'observe ordinairement que lorsque l'artère a été liée très-près de la tumeur, précisément d'après la méthode d'Anel, c'est ce qu'il faudrait éviter dans cette opération si cela était possible. On voit donc bien par là que, sous ce rapport comme sous plusieurs autres, il existe une différence très-réelle entre la méthode de Hunter qui lie l'artère dans un endroit très-éloigné de la tumeur, et celle d'Anel, qui s'en rapproche le plus possible.

Une seconde remarque non moins intéressante à faire à l'occasion de l'observation ci-dessus, est relative à la tortuosité multiple, en forme de zig-zag, ou plutôt comme un tas de ficelle fortement chiffonnée, que présentent les artères anastomotiques. C'est là un fait physiologique curieux auquel on n'a peut-être pas fait assez d'attention jusqu'à ce jour. Ce phénomène tient probablement à l'allongement qu'éprouvent ces artères à la suite de la ligature du tronc principal. Effectivement, renfermées dans un espace de longueur déterminée, ces branches collatérales distendues outre mesure par le surcroît du sang qui les parcourt décrivent des zig-zag innombrables, ce qui indique évidemment une augmentation dans leur longueur respective, l'espace qu'elles occupaient étant resté toujours le même.

Une dernière réflexion enfin est suggérée par la circulation rétrograde qui avait ici lieu par les artères épigastrique et circonflexe iliaque. C'est Haller, que nous sachions, qui le premier démontra ce fait important sur le mésentère de quelques grenouilles vivantes. En piquant cette membrane avec une épingle, ce grand observateur vit à l'instant le sang des vaisseaux adjacens rebrousser chemin et se porter en foule par un mouvement rétrograde vers l'endroit piqué. La circulation artérielle et lymphatique rétrograde forme aujourd'hui un fait général constaté dans une foule de maladies soit organiques, soit fonctionnelles, dont l'application peut être immense pour la thérapeutique.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie

(Vingt-neuvième leçon, 25 mars.)

M. Magendie continue ses expériences physiologiques sur le cerveau. Nous avons vu, dit le professeur, que lorsqu'on pique le corps strié d'un animal, il s'incline du côté opposé où la lésion a eu lieu, il tourne en manége ; nous allons encore nous assurer de ce fait, et pour cela, il enfonce une lame dans le corps strié d'un jeune lapin. Cet animal a une grande tendance à porter la tête du côté opposé : il tourne circulairement. M. Magendie ajoute, en faisant cette expérience, qu'une grande compression et une lésion des lobes du cerveau peut exister sans offrir aucun symptôme, tandis qu'il n'en est pas de même pour le corps strié et les couches optiques ; car à peine ces parties sont-elles lésées, que l'animal présente des phénomènes particuliers.

Le cervelet paraît être la source instinctive des mouvemens en arrière. M. Magendie prend un jeune lapin et essaie de blesser cet organe ; un épanchement considérable étant survenu, ce phénomène ne peut pas être bien constaté. L'animal roule en tournant sur lui-même : ce phénomène tient à ce que M. Magendie a coupé le pédoncule du cervelet ; cependant le lapin établit ses pattes dans la disposition au recul.

L'expérience réussit mieux sur un autre lapin. La lésion du cervelet chez le dernier animal amène une grande tendance à reculer ; on voit qu'il est combattu et par le désir d'aller en avant et par la force qui l'entraîne en arrière. Ses pattes de devant ne peuvent avancer ; il se cramponne pour résister à la force qui le sollicite en arrière ; puis il se couche tantôt d'un côté, tantôt de l'autre : cela tient à ce qu'il y a eu lésion de la partie moyenne du cervelet. La lésion de cet organe donne naissance à différens phénomènes ; tantôt l'animal a une grande irrégularité dans les mouvemens, tantôt il se couche d'un côté et de l'autre, ou bien il marche en arrière. Le lapin sur lequel on fait l'expérience a plutôt la tendance à reculer.

M. Magendie coupe le pédoncule du cervelet, l'animal roule en tournant sur lui-même ; un épanchement survenu empêche qu'il n'exécute bien franchement ses mouvemens. Du reste, on peut les rendre plus ou moins rapides selon la hauteur où l'on coupe le pédoncule ; si on le coupe plus haut, les mouvemens sont plus rapides. On peut aussi les arrêter en coupant le pédoncule du côté opposé. Les yeux des animaux sur lesquels on fait cette expérience présentent un phénomène très-intéressant : c'est que l'œil du côté où se trouve le pédoncule coupé est tourné en haut tout à fait, tandis que l'autre œil est tourné en bas. Ce fait, ajoute M. Magendie, n'a pas encore d'explication.

La lésion du cervelet chez les oiseaux produit la marche ou le vol à reculon. M. Magendie a conservé longtemps un pigeon avec une lame dans le cervelet. Cet animal, toutes les fois qu'il essayait de s'envoler, exécutait cet acte de volation en arrière. Le pigeon, dans le cervelet duquel il enfonce une épingle, a une tendance de voler en arrière ; mais cette tendance est plus prononcée lorsqu'il marche. Une seconde épingle enfoncée dans le cervelet rend encore plus manifeste ce phénomène.

La science possède beaucoup de faits d'individus qui, à la suite de lésions graves du cervelet, éprouvaient une tendance au recul.

Les phénomènes qu'on observe dans l'apoplexie ne sont pas dus à l'entrecroisement des pyramides. M. Magendie coupe les pyramides, il n'en résulte pas de changement dans les mouvemens de l'animal. Il coupe une pyramide antérieure, et il ne survient pas de paralysie des membres. La cinquième paire de nerfs prenant naissance dans la moelle allongée et sur les côtés du quatrième ventricule, si on coupe à cette hauteur, on détermine les effets que nous avons observés dans la section de la cinquième paire. Si on coupe plus en arrière, ces phénomènes n'ont pas lieu.

Les effets consécutifs relatifs à l'inflammation des yeux se montrent bien plus vite; lorsque la section est faite en avant, les vaisseaux injectés sont verticaux, et lorsque la section a été faite en arrière, les vaisseaux injectés sont horizontaux.

L'union de la moelle épinière avec le cerveau est nécessaire à la vie. Chez le lapin qui sert à l'expérience, il ne reste que très-peu de chose entre la moelle et le cerveau, et cependant l'animal vit et exécute des mouvemens.

M. Magendie rapporte le fait très-curieux d'un individu dont il a fait lui-même l'autopsie, qui avait la moelle épinière presque détruite dans un espace de sept à huit pouces de long. Il ne restait à la partie postérieure qu'une petite lame d'une ligne et demie de largeur et d'une demi-ligne d'épaisseur. Malgré cela, cet homme exécutait tous les actes de la vie et voyait même des femmes.

Si on sépare complétement la moelle du cerveau, l'animal exécute bien encore des mouvemens, donne bien des traces d'une vive sensibilité, mais cela tient à l'intégrité de la moelle. En effet, une compression ou une lésion de la moelle suffit pour faire cesser et les mouvemens et la sensibilité. Ces phénomènes sont observés chez un lapin auquel M. Magendie a coupé la tête. L'animal se mouvait d'abord et se montrait sensible; mais un stylet passé dans le canal rachidien à détruit et mouvement et sensibilité.

N° 45. — 14 Avril.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

Clinique de M. Rostan.

Hémorrhagie cérébrale; encéphalite consécutive; nouvelle hémorrhagie moins considérable que la première; émissions sanguines générales et locales; révulsifs intestinaux; vésicatoire et séton à la nuque; guérison.

Jean Moreau, âgé de trente-six ans, demeurant rue de Charenton, 98, entre à la clinique le 2 novembre, et est couché au n° 5 de la salle des hommes. Doué d'une forte constitution, ayant servi 12 ans comme militaire, cet homme a eu trois fluxions de poitrine, dont la dernière remonte à 1827. Il est sujet depuis dix années environ à un flux hémorrhoïdal. Il y a cinq mois, il tomba dans un puits où il resta trois quarts d'heure; A sa sortie il perdit connaissance, mais il ne tarda pas à la recouvrer, et se plaignit seulement de douleurs de tête, de vertiges et de frissons irréguliers. Il n'employa aucun moyen de traitement. Quatre jours se passèrent ainsi, lorsqu'au milieu du jour, étant occupé à ses travaux de jardinage, le malade tomba subitement frappé de paralysie. Ce ne fut qu'au bout d'une heure qu'il eut la conscience de son état, et qu'il se trouva atteint d'une paralysie complète des membres du côté gauche. L'intelligence était nette, l'articulation des sons difficile, la déglutition gênée, la vue troublée et la tête douloureuse, surtout à gauche, suivant le rapport du malade. Un traitement actif fut mis en usage; on ouvrit cinq fois la veine dans l'espace de quelques jours; on appliqua successivement 100 sangsues et on posa un vésicatoire à la nuque, qui fut bientôt remplacé par un séton. Au bout de quinze jours les membres paralysés avaient recouvré leur sensibilité; au bout de six semaines la volonté du malade put imprimer quelques mouvemens au membre inférieur, et quinze jours plus tard, à l'extrémité thoracique. L'articulation des sons était redevenue normale et la vue nette. Au bout de deux mois le malade avait pu reprendre ses occupations; il éprouvait par intervalle des douleurs de tête, mais vers la fin du mois d'octobre, exaspération de la céphalalgie, retour des vertiges, puis perte nouvelle de la sensibilité et de la motilité dans les membres du côté gauche, sans trouble de la vision ni des facultés intellectuelles. Cette fois la paralysie survient d'une manière lente et progressive.

Le 4 novembre, nous constatâmes l'état suivant: face rouge, animée, intelligence nette, réponses promptes et justes, déviation de la bouche et de la langue à gauche, affaiblissement de la vue à gauche seulement, sans strabisme ni dilatation des pupilles; la tête est douloureuse, et, chose remarquable, c'est encore le côté gauche qui est le siége de douleur; la sensibilité est entièrement abolie dans les membres du côté gauche; le bras est immobile, mais le membre inférieur exécute encore quelques mouvemens. Du reste, langue naturelle sous le rapport de sa couleur et de son humidité, appétit conservé, pas de soif vive, nulle douleur du ventre, selles régulières et faciles, pas de trouble de la sécrétion urinaire. Le pouls est un peu irrégulier, et donne 72 pulsations par minute; le cœur ne présente rien d'anormal; il en est de même des organes respiratoires. Saignée de 12 onces; chicorée avec addition de sulfate de soude; diète; maintenir dans le lit la tête du malade élevée et découverte.

Le 5, le sommeil a été moins calme et moins prolongé que les jours précédens; la céphalalgie a abandonné le côté gauche et siége vers la bosse pariétale droite; la vue est moins troublée que la veille, l'ouïe est moins obtuse; quatre selles dans les vingt-quatre heures accompagnées seulement de borborygmes; nulle douleur du ventre; 64 pulsations, le sang n'est pas couenneux. On continue la chicorée avec le sulfate de soude. Dans la soirée la diarrhée est très-abondante.

Le 6, diminution de la céphalalgie et de la déviation de la bouche; persistance de la paralysie des membres; 60 pulsations. 20 sangsues derrière l'oreille droite.

Le 7, le malade annonce que la sensibilité revient dans les membres paralysés, elle se rétablit de haut en bas pour le membre thoracique; la peau du voisinage de l'épaule est sensible aux stimulations extérieures; la déviation de la bouche est de moins en moins prononcée; la vue est aussi nette à gauche qu'à droite, ainsi que l'ouïe; la langue peut être ramenée à droite; les mouvemens du membre pelvien sont toujours très-bornés; nulle douleur de tête; selles régulières; 60 pulsations; chaleur de la peau naturelle. Bouillons, potages.

Le 8, la peau du bras et de la partie supérieure de l'avant-bras a recouvré sa sensibilité; mais le membre pelvien reste insensible.

Le 9, disparition complète de la déviation buccale et linguale; intégrité de l'intelligence, de la vue et de l'ouïe; 64 pulsations, 24 inspirations. Trois potages.

Le 12, le malade peut imprimer quelques mouvemens au membre pelvien gauche; la sensibilité se rétablit progressivement. Un vésicatoire à la nuque.

Le 15, les mouvemens deviennent de plus en plus étendus dans le membre pelvien gauche; le bras reste toujours immobile; la main gauche a recouvré la sensibilité.

Le 22, les mouvemens du membre pelvien se rétablissent; le malade peut se soutenir sur la jambe gauche, et marcher. Le membre thoracique conserve sa sensibilité; mais le mouvement y est entièrement aboli.

Le 24, l'état du malade s'améliore chaque jour; il demande sa sortie, qu'on lui accorde pour le lendemain.

A une époque qui n'est pas très-éloignée de nous, on se fût contenté de désigner cette maladie par le nom d'*hémiplégie gauche*, qu'on aurait combattue par des moyens empiriques, sans s'inquiéter de la lésion qui était le point de départ des accidens. La cause est ici manifeste, c'est à la chute de cet homme, qui a eu lieu quatre jours avant l'apparition de l'hémiplégie, qu'il faut attribuer la lésion cérébrale. L'invasion brusque de la paralysie, qui acquit subitement son summum d'intensité quatre jours après la chute, et qui frappa le malade au milieu de ses travaux, ne laisse aucun doute sur l'existence d'une hémorrhagie de l'encéphale. Tout porte à croire en outre que le foyer hémorrhagique avait son siége dans le lobe moyen de l'hémisphère droit. Le traitement fut énergique. Cinq saignées du bras, des applications répétées de sangsues aux apophyses mastoïdes et sur le trajet des jugulaires, amenèrent un soulagement assez prompt. Au bout de deux mois et demi, le malade put reprendre ses occupations; mais bientôt de nouveaux accidens se manifestèrent. Les membres, qui avaient été, cinq mois auparavant, frappés de paralysie, et qui avaient presque entièrement recouvré le sentiment et le mouvement, s'engourdirent de nouveau; la sensibilité et la motilité diminuèrent progressivement, et l'hémiplégie ne tarda pas à devenir complète. La marche des accidens ne fut pas, cette fois, celle qu'on observe dans l'hémorrhagie. Ils ont été très-probablement le résultat d'un travail morbide qui a eu lieu autour du premier foyer hémorrhagique. Très-probablement aussi une nouvelle hémorrhagie moins considérable que la première a eu lieu dans le même lobe du cerveau.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence des saignées générales et locales, des révulsifs intestinaux, du vésicatoire à la nuque, les accidens ont de nouveau diminué, et le malade a recouvré la sensibilité dans les deux extrémités, et le membre inférieur.

M. Rostan ne pense pas que le malade jouisse jamais de l'intégrité de ses mouvemens; mais l'amélioration est telle, que cet homme pourra se livrer encore à certains travaux manuels. Nous ferons remarquer enfin que c'est par le membre inférieur qu'a commencé le retour de la motilité. C'est ce qu'on a observé dans presque tous les cas de guérison d'hémorrhagie cérébrale publiés par les auteurs.

N° 46. — 16 Avril.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro du 29 mars.)

Des produits accidentels développés dans les centres nerveux.

La nutrition des centres nerveux peut s'altérer de telle façon, qu'à la molécule nerveuse soient substituées des productions morbides. Nous allons nous en occuper.

Ces productions sont très-variées. Elles peuvent être tuberculeuses, cancéreuses, calculeuses, ou consister dans des kystes divers, dans des entozoaires, etc.

Du tubercule des centres nerveux.

Comme le cancer, le tubercule est un des produits accidentels que l'on rencontre le plus fréquemment dans l'encéphale.

Siége. — Dans tous les points de la masse encéphalique peuvent se présenter des tubercules. Ainsi, dans les hémisphères cérébraux, surtout dans la portion située au-dessus des ventricules, dans les pédoncules du cerveau, dans la protubérance annulaire, dans le cervelet, soit dans le lobe médian, soit dans le gauche soit le droit. On en a vu aussi dans le corps pituitaire, dans le bulbe rachidien.

M. Andral ne connaît pas de faits prouvant l'existence de tubercules dans les parties blanches centrales.

Hors du crâne, on en peut observer dans tous les points de la moelle épinière ; plus souvent toutefois dans la portion cervicale que dans les régions dorsale et lombaire. Ajoutons que dans cette partie des centres nerveux, la substance blanche et la grise sont susceptibles de ce genre d'altération.

Les membranes elles-mêmes ne sont pas exemptes des lésions qui se rattachent au tubercule, comme nous le dirons en parlant des caractères anatomiques de cette maladie.

Caractères anatomiques. — Ils ne diffèrent en rien de ceux qui occupent les autres parties du corps. Le volume du tubercule varie d'un grain de millet à un œuf de poule et même plus ; car on a trouvé un hémisphère cérébral tout entier transformé en tubercule.

Tantôt il n'y a qu'un tubercule, tantôt il y en a plusieurs ; et quand ils sont multiples, ils peuvent être réunis en un seul point, ou être isolément disséminés dans plusieurs. On comprend aisément que, bien qu'ils soient épars çà et là, ils puissent se montrer plus nombreux dans un des côtés du cerveau, ou que même ils n'en envahissent qu'un seul.

La pulpe nerveuse qui environne les tubercules n'est pas toujours la même. Dans des cas, elle s'est conservée saine; dans d'autres, elle offre des altérations, ou anciennes, comme des ramollissemens, par exemple, ou récentes comme des hémorrhagies, etc.

Quand les méninges participent à l'état maladif, elles se présentent épaissies, adhérentes, infiltrées de sang ou de sérosité, phénomènes qu'on remarque d'ailleurs dans la plèvre, à la suite de l'inflammation de cette séreuse. Un vaste épanchement séreux dans les membranes du cerveau peut être dû à la présence de tubercules ; il en résulte alors une hydrocéphale aiguë assez commune chez les enfans, et à laquelle ils succombent. De là, cette conséquence que souvent des enfans phthisiques meurent avec des symptômes d'hydrocéphale ou de méningite, et à l'autopsie on constate des tubercules dans le cerveau.

Lorsque la substance nerveuse encéphalique est tuberculeuse, on rencontre, en général, des produits identiques dans les autres points de l'économie, spécialement dans les poumons. C'est un fait dont MM. Andral et Louis se sont bien assurés ; mais il faut noter, et c'est pour ainsi dire une sorte de loi, que chez les sujets au-dessous de quinze ans, et qui sont affectés de tubercules dans les centres nerveux, les poumons sont intacts jusqu'alors, tandis que, passé cet âge, il y a presque coïncidence de la même altération, et dans le cerveau, et dans les organes essentiels de la respiration.

Causes, marche, symptômes, etc. — N'est-il pas juste d'attribuer à des coups, à des inflammations, la production de tubercules dans les centres nerveux ? Ces circonstances pourront bien sans doute être des causes occasionnelles, mais jamais assurément une cause première.

Les tubercules se développent lentement, sourdement, sans qu'il soit possible de déterminer précisément à quoi est due leur apparition. Leurs causes sont celles des tubercules en général.

Tous les âges ne sont pas également exposés à cette maladie. Elle attaque plus particulièrement l'enfance, non pas dans la première année. Ainsi, c'est après ses douze premiers mois que l'enfant commence à être atteint ; mais elle est fréquente chez les sujets de trois à cinq ans, et jusqu'à quinze. Au-delà de cet âge elle devient rare. On l'a pourtant remarquée chez des individus de quarante, cinquante et même soixante ans.

Les symptômes ne sont pas toujours identiques. Dans des cas, des tubercules n'ont révélé leur existence par aucun signe extérieur, par aucun trouble fonctionnel. Chez tel enfant jouissant d'une santé parfaite, on voit, par exemple, se déclarer subitement des symptômes graves d'une affection des centres nerveux. Chez tel autre, au contraire, c'est au milieu d'une santé chancelante que se traduisent les phénomènes de l'état de souffrance du cerveau. Souvent une maladie peu grave alors, semble se changer en une affection sérieuse. Il peut arriver que les symptômes graves qui se sont manifestés ne paraissent qu'une fois, et que la mort soit immédiate.

Un des symptômes le plus habituel consiste dans une céphalalgie plus ou moins opiniâtre, et qui devient parfois périodique. C'est une sorte de migraine qui épuise peu à peu les individus.

Le mouvement, la locomotion peuvent être gravement atteints d'une manière continue ou intermittente. Les désordres seront des convulsions par intervalles, des accès épileptiformes, des paralysies qu'on doit surtout ranger parmi les symptômes continus, et qui se montrent différentes d'elles-mêmes suivant la forme de la maladie.

L'intelligence se trouble assez rarement.

Du côté de la vie de nutrition, très-communément des vomissemens opiniâtres annoncent qu'elle est lésée.

Tubercules des hémisphères cérébraux. — Ils s'accompagnent d'ordinaire de céphalalgie, de paralysie, de convulsions intermittentes.

N° 47. — 19 Avril.

Leçons sur la Phrénologie; par M. Broussais.

(Deuxième leçon. — 14 avril.)

Nous avons eu beaucoup de peine à nous placer dans le vaste amphithéâtre, où se pressait une foule immense qui assiégeait, dès onze heures, toutes les places. M. Moreau, professeur d'accouchemens, n'a pu faire sa leçon que pendant un quart-d'heure, tant était croissante l'affluence des auditeurs. A une heure, M. Broussais arrive avec peine dans la salle, et est salué par d'unanimes applaudissemens.

Après avoir résumé sa dernière leçon, il commence en ces termes :

Qu'est-ce que les sensations? La philosophie n'admettait que des sensations externes produites par les

sens : mais la physiologie vint, qui fit admettre l'existence de sensations internes. Il y a donc deux ordres de sensations qui présentent entre elles une différence très-grande. Et d'abord la vie commence par les sensations internes ; car chez l'embryon, rien ne prouve que ces sensations soient rattachées à ces corps extérieurs qui environnent l'embryon : elles opèrent si bien qu'elles réagissent sur le centre cérébro-spinal, phénomène de réaction sur lequel je regrette de ne pouvoir m'étendre longuement. Ensuite, après la naissance, le monde extérieur est mis en rapport avec l'enfant qui vient de naître, et alors apparaissent les sensations externes. Qu'il y ait eu des perceptions déterminées chez l'embryon par le contact de la peau, que ces perceptions aient provoqué des mouvemens, c'est ce que nous ignorons; dans tous les cas, elles ne sauraient être que confuses. Nous voyons donc déjà des stimulations venant des extrémités nerveuses. Après la naissance, viennent des sensations par tous les sens.

Quelles sont-elles ? Voici un point important ; elles transmettent les stimulations au cerveau, mais pas telles qu'elles les transmettront vingt ans après ; car à cette époque ce n'est que par l'intelligence et la réflexion qu'elles seront dirigées. Remarquons donc que dans les premières années de la vie, les sensations sont encore incomplètes. Mais, nous dira-t-on, l'enfant crie et cherche le sein de sa mère ; il a donc de l'intelligence? Non, ce n'est pas parce que l'intelligence parle, mais parce qu'un autre ordre de phénomène sse manisfeste : les instincts.

Les instincts agissent sans phénomène intellectuel quelconque, quoique les sensations externes soient perçues.

Il ne faut pas croire que les sensations internes ne se manifestent pas en même temps que les sensations externes ; on aurait tort, et la preuve c'est que la vue s'exerce en même temps que la respiration, la digestion, etc. Ces deux ordres de sensations ne se perdront pas ; mais à une époque plus avancée de la vie, elles n'occuperont plus le rang qu'elles occupaient à la naissance.

Examinons maintenant les phénomènes qui se manifestent à une époque plus éloignée de la naissance. L'enfant se développe, les sens se développent avec lui; alors un autre ordre de phénomènes commence, il prend l'idée des corps, il a la conscience de son existence, il retient l'image des corps en sentant :

1° La présence du corps quand celui-ci agit sur lui :

2° En se représentant ce corps ; c'est-à dire qu'il lui semble l'avoir sous les yeux : voilà l'image.

Pour les sons, les odeurs et le goût, il n'y a pas d'images; la perception ne peut s'expliquer autrement : voilà le premier phénomène intellectuel. Mais pourquoi voit-il ces corps? C'est pour agir sur eux, pour s'en rapprocher, s'en éloigner ou les écarter, suivant qu'ils lui sont favorables ou nuisibles. Est-ce le résultat du raisonnement, du calcul? Non ; cela viendra plus tard. Dans ce moment, c'est l'instinct qui est remué par la présence de ces corps. Jusqu'ici il n'y a pas d'intelligence, ce ne sont pas les idées que nous rencontrerons plus tard. Les sentimens, qui ne sont pas encore révélés à l'homme, se montreront lorsqu'il se réunira à ses semblables pour vivre en société. Ces sentimens deviendront les liens les plus puissans de l'humanité, et serviront à la faire entrer dans la voie large du progrès et de la civilisation.

Les sentimens sont indépendans du raisonnement et de la réflexion ; il en est de même des sensations qui, selon quelques philosophes, ont leur source en nous, et ne sont pas le résultat de l'action des corps, dont ils nient l'existence.

Laissons le scepticisme s'exercer tout à son aise, et disons que l'on doit admettre l'existence des corps sans chercher à s'en expliquer la conviction. Les sentimens sont la base sur laquelle repose l'état social. Ils se développent avant les facultés intellectuelles, après les sensations et les instincts. Ils se montrent chez les animaux lorsqu'ils sont destinés à vivre en société.

Facultés intellectuelles. Elles paraissent à l'époque où l'homme cherche à se rendre compte de ses actions et des causes, toujours dans le but de n'agir sur les corps extérieurs pour les mettre en usage : avant il agissait par instinct, maintenant il agit par réflexion. On est dans une grande erreur quand on s'imagine que l'homme est tout entier soumis à l'empire de ses sages réflexions, de ses étonnantes combinaisons, de ses admirables calculs ; ces actes seront toujours sous l'influence de ses instincts et de ses passions qui le dominent et le guident en tyrans. Voilà ce qui appartient à Gall et à Spurzheim! L'homme est donc soumis à l'empire de ses instincts et de ses penchans, voilà ce qui n'était pas compris ! voilà ce que nous comprendrons !!

Les instincts, les besoins, les passions, les sentimens sont les premiers mobiles de l'homme ; l'intelligence leur est soumise. Si je démontre cela, je n'aurai pas perdu mon temps, j'aurai accompli une grande tâche. Cette philosophie découle de la physiologie du cerveau, et ne pouvait être connue par des raisonnemens *à priori*. Voilà ce qu'ignoraient les psychologistes, ils ne pouvaient le savoir puisqu'ils ne l'avaient pas appris ; ceux qui s'en doutent commencent à comprendre cette vérité.

Ce n'est pas l'organe des sens extérieurs qui fournit la sensation ; cependant l'école écossaise était de cet avis : cette erreur était grave, car ces organes ne sont qu'intermédiaires entre les agens extérieurs et le cerveau. La phrénologie démontre donc l'erreur de la philosophie du dix-huitième siècle.

Ce n'est pas la totalité du cerveau, mais seulement une portion de cet organe qui opère la sensation. Cependant la physiologie du cerveau n'est pas encore arrivée à prouver cette assertion. Ainsi, la sensation se compose de l'action de l'organe des sens et de l'action du cerveau.

La philosophie divisait les idées en entendement et en volonté. L'entendement se composait : 1° de l'attention; 2° de la comparaison. La volonté : 1° de la préférence; 2° de la liberté.

Expliquons par la phrénologie ces divisions et subdivisions.

L'entendement est le résultat de l'action de plusieurs facultés ; il en est de même de l'attention.

La comparaison. La phrénologie et le bon sens démontrent qu'elle est le résultat de l'action d'une faculté primitive.

Le raisonnement. La phrénologie et le bon sens prouvent encore qu'il est le résultat de l'action de plusieurs facultés.

La volonté. C'est une faculté regardée comme fondamentale par la phrénologie.

La préférence. Elle n'est qu'un phénomène d'instinct, car l'homme ne peut pas expliquer ses sympathies et ses antipathies.

La liberté. Elle n'existe que quand l'homme commence à jouir de son intelligence ; aussi n'existe-t-elle pas chez les animaux.

On voit que dans la philosophie ancienne le *moi* domine ; et la première concession qu'elle est forcée de nous faire, c'est que le *moi* est sujet à absence, comme dans l'enfance, l'ivresse, la démence et le sommeil ; d'où il suit que le *moi* est sujet à intermittence : une telle philosophie est inadmissible.

Au milieu de toutes ces erreurs, il était réservé à la phrénologie d'asseoir la psychologie sur des bases plus solides et qui deviendront inébranlables, fortes des vérités qu'elle enseigne.

Nous nous honorons de combattre pour elle avec ceux qui lui consacrent leurs travaux ; heureux si nous pouvons la répandre et la faire adopter : il faut malgré tout que le siècle marche !

Nous allons retrouver la hiérarchie des phénomènes intellectuels que nous venons d'établir dans l'échelle zoologique. Dans les infusoires, nous ne trouvons que des sensations ; dans les vers et les annélides, les instincts commencent à paraître pour se développer davantage dans les mollusques qui ne craignent pas ou fuient le danger, et s'accouplent. Les sentimens se montrent dans les poissons et les reptiles ; ainsi les animaux ont le sentiment de leur force ou de la faiblesse quand ils affrontent le danger ou lorsqu'ils l'évitent. Voilà donc les instincts et les sentimens développés en même temps que les sens.

Nous arrivons aux mammifères, qui se trouvent séparés de l'homme par un intervalle immense ; car les animaux perçoivent les corps, mais ils n'ont pas, comme nous, le pouvoir de les peindre et de les sculpter ; en effet, autre chose est de recevoir des images et de les reproduire : l'homme passe successivement par tous les degrés de l'échelle animale, depuis la conception jusqu'à la naissance.

Depuis la naissance jusqu'à la mort, en quoi a-t-il surpassé les animaux ? Est-ce par les sens ? Non, car la plupart de ceux-ci ont des sens plus parfaits. N'est-ce pas par ses instincts, par ses besoins ? Non encore, car ces deux phénomènes sont encore plus parfaits chez les animaux. Il les a dépassés en perfection par la sensation qu'il a la faculté de peindre et de sculpter, ainsi que nous l'avons déjà dit, et surtout par les sentimens, par le langage qui lui permet de transmettre à d'autres hommes les perceptions qu'il a senties par cet échange d'idées qui en est la conséquence.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux ; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro du 14 avril.)

Des produits accidentels développés dans les centres nerveux.

Tubercules du mésocéphale. — Ils n'ont pas de symptômes spéciaux. Cependant, à ceux que nous avons signalés précédemment, nous devons ajouter ceux notés par M. Larcher, et qui consistaient dans une vraie chorée.

Tubercules du cervelet. — Il s'en faut de beaucoup qu'ils soient rares. Dans vingt cas où le cervelet était seul tuberculeux, voici ce qui a eu lieu :

Dans 17 cas, la céphalalgie occipitale a été le phénomène prédominant.

Dans 1, il y avait des vertiges, mais sans perte de connaissance, sans contractures, sans écume à la bouche.

Dans 1, la peau était endolorie ; c'était vers la fin de la maladie et lorsqu'il y avait complication de méningite, en sorte que le cas est douteux.

Dans 7, abolition de la vue.

Dans 5, trouble de l'intelligence.

Dans 8, paralysie.

Dans 7, violentes convulsions.

Dans 5, affaiblissement progressif.

Dans 10, vomissemens.

Dans 1 seul, désirs vénériens. Ce cas a été publié par M. Monteau.

La maladie a eu dans tous ces cas une marche lente comme une affection chronique. Elle a été quelquefois interrompue par des symptômes de maladie aiguë.

Après une durée plus ou moins longue de l'existence des tubercules, surgit une maladie aiguë quelconque qui tue le malade ; ou s'il meurt sous l'influence seule des tubercules, c'est dans les convulsions et dans le coma qu'il finit.

Tubercules de la moelle épinière. — Comme ceux du cerveau, ils se prennent à l'enfance d'une manière spéciale.

Symptômes. — Ce sont tous ceux qui peuvent se rapporter à une irritation ou à une compression de la moelle. De là naissent diverses lésions du mouvement et du sentiment, selon le point malade.

Il est des cas où, quoique le centre de la moelle fût le siége de l'altération, l'hémiplégie avait lieu. Il arrive un temps où la respiration et la déglutition deviennent gênées, difficiles ou impossibles, et la mort en est la suite. On a vu dans un cas des symptômes d'hydrophobie apparaître. Le sujet mourut dans les convulsions.

La nécropsie permit de constater des tubercules dans la portion supérieure de la moelle rachidienne.

Traitement. — Ici pas plus que contre les autres genres de produits accidentels dans les centres nerveux, M. Andral n'en a assigné. C'est assez laisser entendre combien peu on doit espérer obtenir la guérison de la maladie. Nous avons vu employer, en pareil cas, les dérivatifs, les révulsifs, les purgatifs, les frictions avec certaines préparations de calomel; mais, il faut l'avouer, ces moyens ont été sans succès.

N° 48. — 21 Avril.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Clinique de M. Louis.

Clôture des leçons cliniques. — Cas de pneumonie qui avait résisté aux émissions sanguines répétées, et qui a cédé à l'emploi du tartre stibié à haute dose. Avantages de la méthode numérique; réfutation des objections faites contre cette méthode.

Parmi les cliniques médicales qui se font en dehors de l'école, et qui attirent une assez grande affluence d'élèves et de médecins, nous devons citer celle de M. Louis.

Ce médecin a terminé le 16 avril les leçons qu'il avait commencées il y a trois mois, sur les malades couchés dans les salles Saint-Paul et Saint-Charles, dont le service lui est confié. On avait annoncé que M. Louis devait, dans cette séance, présenter le résumé des faits qu'il avait observés dans le trimestre; mais des circonstances particulières l'ont contraint à ajourner ce résumé, qui sera fait dans quelques leçons, dont l'époque sera ultérieurement fixée.

Ce médecin s'est contenté, dans cette séance, d'appeler l'attention des élèves sur un cas de pneumonie dans lequel les émissions sanguines ont été largement employées sans que la maladie ait éprouvé de modification notable, et qui a été rapidement modifiée par le tartre stibié à haute dose.

Le cas est relatif à un homme dans la force de l'âge, couché au n° 49 de la salle Saint-Paul. Il était affecté d'une pleuro-pneumonie du côté droit au moment de son admission. Douleur de côté, toux, expectoration caractéristique, respiration bronchique, bronchophonie et son mat du côté affecté. Tel était l'ensemble des symptômes qu'il présentait. Cinq saignées ont été pratiquées dans les six premiers jours. On a retiré de la veine, en une seule journée, 32 onces de sang. Le septième jour le malade était encore très-affaissé; il avait de la somnolence; la fièvre était vive; les symptômes locaux conservaient la même intensité qu'au moment de l'admission.

On se décida à prescrire le tartre stibié à la dose de 6 grains dans une potion aromatique composée d'eau distillée de tilleul, d'eau de laurier-cerise, etc. Quatre vomissemens et deux selles liquides eurent lieu, et le lendemain l'expression de la physionomie était naturelle, les traits épanouis. Le malade se disait guéri, et réclamait avec instance des alimens. Les symptômes locaux étaient notablement amendés. On a prescrit deux bouillons, et on a continué le tartre stibié à la dose de 4 grains, pour achever la guérison, qui était presque complète.

Avant de se séparer des élèves, M. Louis a voulu leur rappeler les avantages de la méthode numérique, qui, entre les mains de cet observateur, a obtenu, il faut le dire, d'assez heureux résultats.

Dans le cours de ces leçons, dit-il, j'ai cherché à vous exposer les principes qui doivent vous diriger dans l'observation des faits particuliers. Cette étude est hérissée de nombreuses difficultés. J'observe depuis quinze ans, et j'avouerai qu'il est telle série de faits dont je ne pourrais tirer des conclusions générales, parce que je les regarde comme incomplètes.

Il ne suffit pas, pour arriver des faits particuliers à des faits généraux, d'avoir soigneusement noté les symptômes, les lésions anatomiques, la durée et la terminaison des maladies, il faut encore appliquer à l'étude de ces différens phénomènes la méthode numérique. Les mots *rarement* et *fréquemment* (1) devraient être rayés des traités de médecine.

Indiquons quelques-unes des applications de la méthode numérique. Tous les désordres fonctionnels ou symptômes doivent être notés dans le journal de l'observation. Il faut en outre indiquer l'époque de leur apparition, leur durée, le degré de leur intensité chez les individus qui se trouvent dans les mêmes conditions, et chez ceux qui se trouvent dans des conditions différentes de sexe, d'âge, de constitution. Le même symptôme doit en outre être étudié dans les différentes maladies, quel que soit d'ailleurs leur siége.

C'est de cette manière seule qu'on pourra apprécier leur fréquence relative et leur valeur séméiologique. Mais, a-t-on dit, pour que la méthode numérique eût quelques avantages, il faudrait qu'elle portât sur un nombre immense de faits.

Si tous les observateurs se mettaient à compter, nul doute que la masse des faits ne fût innombrable. Par conséquent, au lieu d'être contraire à la méthode numérique, cet argument lui est tout à fait favorable. Mais d'ailleurs, les résultats auxquels conduisent un petit nombre de faits bien observés se trouvent presque constamment confirmés par ceux auxquels on arrive ultérieurement. En voici un exemple, que nous choisissons entre mille autres.

M. Benoiston de Châteauneuf, recherchant l'influence de la richesse sur la longévité, arriva à un résultat en se fondant sur un petit nombre de faits. En faisant connaître les résultats de ce premier travail, il regrettait de n'avoir eu à sa disposition qu'un petit nombre de

(1) Ceci a presque l'air d'une parodie des paroles de M. Lisfranc, qui dit depuis longtemps, et avec plus de logique, que l'on doit rayer de la chirurgie ces mots, *jamais* et *toujours*.

faits. Plus tard, il se livre à des recherches; il opère alors sur une plus grande échelle, et les résultats sont les mêmes. C'est ce qui est arrivé fréquemment à M. Louis depuis qu'il applique la méthode numérique à l'étude des symptômes.

On doit procéder, pour l'étude des lésions, de la même manière que pour l'étude des symptômes : ici encore il faut compter. C'est avec le secours de la méthode numérique que M. Louis a démontré que la dégénération graisseuse du foie était une lésion propre aux phthisiques, et qu'elle se rencontrait chez la femme et chez l'homme dans le rapport de 3 à 1. C'est à l'aide de la même méthode que cet observateur a également prouvé que les ulcérations du larynx, de l'épiglotte et de la trachée, ne se rencontraient que chez les phthisiques et les syphilitiques. M. Louis n'a pas observé un seul cas exceptionnel; il n'en connaît qu'un seul dans la science.

Application de la même méthode à la détermination de la durée et de la terminaison des maladies.

Si l'on confie à la mémoire les résultats de l'observation, on court grand risque de se tromper en les énonçant; en voici un exemple. Un jeune médecin qui était venu d'Amérique pour observer à Paris, était étonné de la grande mortalité qui avait lieu chez les amputés dans nos hôpitaux; et il soutenait que, sous ce rapport, il y avait une grande différence entre les grands hôpitaux de la capitale et ceux des principales villes d'Amérique : il n'avait pas compté. De retour dans sa patrie, il a consigné dans des notes exactes le résultat des grandes opérations pratiquées, et il a trouvé que la terminaison était à peu près la même à Paris et à Philadelphie.

Pour connaître la fréquence relative des maladies, il faut nécessairement compter tous les faits. L'on sait bien que la pneumonie est plus fréquente que la néphrite, mais on ignore dans quelle proportion.

La recherche des causes est surtout difficile. Ce sujet est presque entièrement neuf. Parcourez les traités de pathologie, et vous trouverez à la tête de chaque maladie 30 ou 40 causes qui sont communes à presque toutes les affections. Je sais, dit M. Louis, qu'il faudra de longues et minutieuses recherches pour arriver à découvrir les causes des principales maladies; mais du moins, si l'on n'atteint pas entièrement le but, on parviendra à détruire beaucoup d'erreurs. C'est ce qu'il croit avoir fait pour les tubercules du poumon. Certes, la cause de cette maladie est encore ignorée; mais du moins ses recherches ont prouvé que c'est à tort qu'on a attribué une grande influence à la pneumonie sur la production des tubercules pulmonaires. Car la phthisie est plus commune chez la femme que chez l'homme, et le contraire a lieu pour la péripneumonie.

L'application de la statistique aux faits de thérapeutique est sans doute entourée de nombreuses difficultés.

Pour arriver à des résultats positifs, il faut nécessairement connaître la marche de la maladie, lorsqu'elle est abandonnée aux seules forces de la nature; sans cela, il sera presque impossible d'apprécier la valeur thérapeutique des moyens employés. Il faudra encore ici, avoir égard à l'âge, au sexe, à la constitution des sujets, il faudra soigneusement indiquer la mesure dans laquelle les moyens de traitement sont employés. Ainsi, il ne suffira pas de dire, on a pratiqué une large saignée, mais il faudra préciser le nombre de palettes ou d'onces de sang tiré de la veine. Il ne faudra pas se contenter d'indiquer vaguement une forte ou une légère application de sangsues, mais en faire connaître exactement le nombre. L'époque de la maladie à laquelle le médicament a été mis en usage, sera également soigneusement notée. En tenant compte de toutes ces circonstances, que je suis obligé d'indiquer ici sommairement, on arrivera sûrement à des résultats positifs.

Il faut avouer, du reste, que les préventions qui s'étaient élevées contre cette méthode à l'époque de son apparition, se dissipent chaque jour, et que ses détracteurs sont réduits à l'employer, et sont obligés de convenir que sans elle on ne pourra arriver à la solution des questions les plus importantes.

Ainsi, dernièrement, une longue discussion a eu lieu au sein de l'académie de médecine, sur l'emploi des saignées répétées coup sur coup. Cette discussion n'a eu aucun résultat, parce que les chiffres manquaient pour résoudre la question.

Enfin, les détracteurs de la méthode numérique ont contesté ses résultats, parce que, disent-ils, les faits auxquels elle s'applique ne sont pas exactement semblables. Certes, on ne trouve pas une similitude parfaite entre deux feuilles d'un même arbre; cependant, si les caractères de ces feuilles ont été exactement décrits, on reconnaîtra aisément la feuille sur tous les individus de la même espèce. Les hommes ne diffèrent-ils pas entre eux par la taille, la coloration de la peau? A-t-on songé pour cela à varier la nourriture suivant la taille, ou la coloration de la surface cutanée? Et d'ailleurs, toutes les fièvres intermittentes franches ne cèdent-elles pas au quinquina, quels que soient l'âge, la constitution du malade? Les purgatifs et les opiacés ne triomphent-ils pas toujours de la colique saturnine, quelles que soient les conditions d'âge et de sexe des individus qui en sont atteints?

Vous voyez combien sont peu fondées les objections que l'on fait contre la méthode numérique. Sans elle la science restera toujours dans le vague; sans elle on n'arrivera jamais à des résultats généraux.

N° 49. — 23 AVRIL.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. LISFRANC.

Carie du cinquième métatarsien; ablation de cet os et de l'orteil correspondant; accidens nerveux consécutifs; fièvre intermittente; symptômes de résorption purulente; symptômes de congestion pulmonaire; abcès; guérison; (Observation recueillie par M. Forget, interne.)

Au sujet de ce malade, M. Lisfranc rappelle à ses

nombreux élèves que la chirurgie ne se résume pas en opérations ; qu'étroitement liée à la médecine, elle doit constamment se proposer pour but la conservation des organes malades, et tâcher de soustraire les individus aux rigueurs douloureuses d'une opération et à ses chances toujours incertaines.

Ce n'est pas, dit-il, le nombre d'opérations pratiquées dans un temps donné qui doit de nos jours fonder la réputation scientifique d'un chirurgien, mais bien le nombre de celles qu'il a su éviter tout en obtenant la guérison des malades.

Tels sont les principes que le chirurgien de la Pitié enseigne, moins par ses leçons cliniques de chaque jour que par sa conduite. Le manuel opératoire au perfectionnement duquel il a si puissamment contribué pendant quinze ans, n'occupe pour lui qu'un rang secondaire : on peut, en effet, improviser un opérateur en six mois, tandis qu'il faut du temps, de l'observation et de l'expérience pour former un pathologiste.

Le chirurgien après une opération n'a donc accompli que la partie la plus simple de son œuvre : pour lui, s'ouvre alors le vaste champ des accidens consécutifs; qu'adviendra-t-il s'il s'y engage sans des connaissances médicales positives? Pressé par les faits morbides qui pourront surgir, il hésitera, et au milieu de ces incertitudes, les accidens s'aggraveront, et souvent le malade succombera.

—Vaugel, âgé de 38 ans, d'une constitution très-forte, d'un tempérament sanguin, pléthorique, a toujours eu une bonne santé. En 1830, il reçut un coup de crosse de fusil sur le côté droit du thorax, un abcès suivit qui fut ouvert; une énorme quantité de pus s'en écoula, et la guérison ne fut entière qu'après 40 jours. Vaugel eut plusieurs maladies syphilitiques.

Il y a six ans, Vaugel remarqua une petite plaie sous la face plantaire de son pied gauche, au niveau de la tête du cinquième métatarsien; cet accident fut produit par un clou de la chaussure : ce clou fut retiré, et Vaugel ne s'occupa plus de la plaie du pied.

Pendant deux ans, il resta une petite fistule qui versait quelques gouttes de pus seulement en deux fois vingt-quatre heures; à cette époque, un fragment de charbon de terre tombé dans la botte du malade, pénétra dans le trajet fistuleux et donna lieu à un gonflement considérable du pied et de la jambe, accompagné de douleurs très-vives. Le malade s'alita, et cinq jours après un chirurgien pratiqua une incision sur la face dorsale du pied, vis-à-vis l'extrémité antérieure du cinquième métatarsien, et vida ainsi un petit foyer purulent. Le membre se détuméfia graduellement, et au bout d'un mois Vaugel put reprendre ses travaux : l'incision dorsale du pied était cicatrisée. Pendant un an, l'orifice de la fistule plantaire, ainsi que l'incision dorsale, se maintinrent fermés : à cette époque, le malade retrancha lui-même avec un couteau un petit durillon qui occupait l'orifice de l'ancienne fistule. Depuis lors celle-ci s'est rétablie; la cicatrice dorsale s'est rompue, et il s'est fait un suintement habituel de matière séro-purulente par ces deux voies.

Le 10 décembre, un petit abcès s'est ouvert sur le bord externe du pied, au niveau de la région métatarsienne; dans le pus s'est trouvé une esquille d'os que le malade a recueillie : il est resté une nouvelle fistule sur le siége de cet abcès.

Le 18, Vaugel est entré à l'hôpital de la Pitié. Son pied offre une tuméfaction assez considérable ; on extrait deux esquilles mobiles qui étaient engagées dans les trajets fistuleux. Un stylet permet de constater la maladie de l'os qui est ramolli et se laisse pénétrer. Le pied fut enveloppé de cataplasmes émolliens, et le gonflement disparut en quelques jours.

Le 20 janvier 1836, M. Lisfranc procéda à l'opération. Après avoir taillé son lambeau avec les parties molles du bord externe du pied, au moyen de deux incisions obliques d'avant en arrière et de dehors en dedans, il fut aisé d'explorer le métatarsien mis à nu. Au lieu de réséquer le tiers antérieur seulement de cet os, comme la maladie après avoir détruit son tiers moyen, avait envahi jusqu'à la base de l'os, M. Lisfranc se décida à l'enlever, ainsi que l'orteil correspondant.

Il y eut une hémorrhagie en nappe qui ne permit de faire ni torsion, ni ligature d'artères. Le lambeau était dur, traversé par le trajet fistuleux externe; dans son épaisseur et comme enkystée dans les parties molles, se trouvèrent quatre esquilles qui furent enlevées avec des pinces; les points où l'induration était en quelque sorte cartilagineuse furent excisés. On réappliqua le lambeau qui fut soutenu par des bandelettes agglutinatives, sans espoir d'obtenir une réunion immédiate, mais bien pour l'empêcher de se renverser. Une mèche fut préalablement placée dans l'angle plantaire de la plaie.

Toute la journée de l'opération, le malade, qui avait montré un grand courage, éprouva des accidens nerveux assez intenses; il accuse des douleurs vives se répétant sur divers points du corps, et continues dans le pied. Le soir, décubitus dorsal; fréquence du pouls; inquiétudes et mouvemens saccadés dans les membres; agitation générale; pesanteur dans la région sacrée du bassin. Je levai l'appareil qui contenait une assez faible quantité de sang; je prescrivis un lavement purgatif, et deux pilules d'un grain d'opium, à prendre pendant la nuit.

Le 21, les accidens nerveux continuent, mais il existe en même temps une tuméfaction assez considérable du pied. La peau est chaude, tendue; le pouls est dur, fréquent, développé ; la langue est blanche ; oppression légère ; ventre chaud; sans douleur. Le lavement a provoqué une selle assez copieuse. (Tenant compte de l'état du pouls, du gonflement inflammatoire du pied et de la gêne de la respiration, M. Lisfranc prescrit une saignée du bras de deux palettes) ; et dans le but d'agir plus spécialement contre les accidens nerveux, le malade prendra d'heure en heure une cuillerée d'une potion antispasmodique ; cataplasme sur le pied.

Le 22, les phénomènes nerveux sont presque complétement dissipés; la tuméfaction du pied est bornée

au voisinage des bords de la plaie, qui commence à suppurer. Le lambeau est décollé; son sommet a une teinte violacée. La pince à pansement est glissée sous la base du lambeau de la région plantaire du pied à la région dorsale pour faciliter l'écoulement du pus. La bandelette agglutinative qui maintenait la base du lambeau est enlevée dans le même but. Même pansement; bouillon de poulet.

Le 23, le sommet du lambeau est sphacélé; il y a eu la nuit des frissons. Le pouls est lent, faible; on observe du coma, de la tristesse, de l'abattement, de la lenteur dans les réponses. Il existe sur les tégumens, et surtout autour du nez et sur les lèvres, une teinte jaune commençante. Pour éviter que les tissus gangrénés continuent à être une source d'évacuations gazeuses putrides, et que la résorption de ces gaz portés dans l'économie, produise un prompt empoisonnement, M. Lisfranc enlève l'escarre dans la plus grande étendue possible sans intéresser les parties molles, et fait panser avec le chlorure de soude à trois degrés. Bouillon de poulet.

Le 24, le malade a bien dormi pendant la nuit. Le moral s'est relevé; plus de frissons, plus de coma; douleurs très-légères dans le pied qui est détuméfié; la teinte jaune n'a pas changé. Le pus est plus lié, il est aussi plus abondant. Deux cuillerées de potage et bouillon de poulet.

Le 25, dans la soirée d'hier les douleurs du pied se sont réveillées de nouveau; le malade retombe dans un état d'agitation très-grande. La face est animée; la langue est blanche, avec tendance à se sécher; les yeux sont fixes. La peau est chaude; le pouls dur, fréquent et développé. Il y a des crampes dans les mollets, et quelques mouvemens désordonnés des membres inférieurs. Je pratique au bras une saignée de trois palettes, j'applique un cataplasme émollient sur le pied qui offre du gonflement, et je prescris la potion diacodée.

Ce matin, à la visite, le malade est calme; il a dormi la seconde moitié de la nuit. Il existe sur le pied un gonflement érysipélateux. 25 sangsues autour de l'articulation du pied, onctions mercurielles sur les points érysipélateux; cataplasmes. Quatre cuillerées de potage soir et matin.

Le 26, la rougeur érysipélateuse du pied a pâli, le gonflement a diminué; le reste de l'escarre s'est détaché. Il n'y a pas de fièvre; on n'observe aucune douleur dans les cavités splanchniques. On pansera avec le chlorure à trois degrés; il est de nouveau employé comme anti-septique.

Le 27, hier dans la soirée, frissons suivis de chaleur et de fièvre. Je trouvai le pouls fort, large, tendu; la chaleur de la peau était âcre; il y avait de la somnolence, de la lenteur dans les réponses. La douleur dans le pied n'existe plus; la suppuration est un peu diminuée. Ce matin, le pouls est petit, assez régulier; la teinte jaune est bien prononcée; l'épigastre est un peu douloureux à la pression seulement; pas de douleur, ni de tuméfaction à la région du foie; léger météorisme du ventre; borborygmes; deux selles liquides. La tuméfaction du pied a disparu presque complétement; le pus est plus liquide; il y a un peu de chaleur et de tension sur l'extrémité inférieure de la jambe; douleurs articulaires, surtout dans l'articulation tibio-fémorale gauche. M. Lisfranc, tout en ne se dissimulant pas la position fâcheuse du malade, a recours au sulfate de quinine pris à la dose de 6 grains. Il fait observer que ce n'est pas seulement contre les symptômes fébriles, qui semblent prendre un caractère assez tranché d'intermittence, que cet agent thérapeutique est dirigé. L'expérience, en effet, a prouvé qu'outre les propriétés fébrifuges qu'il possède, le quinquina est encore un puissant tonique, et que comme tel il peut communiquer à l'économie menacée par un principe délétère la force de réaction nécessaire pour le neutraliser. Le malade continuera les cuillerées de potage.

Le 28. Hier dans la soirée nouveaux frissons suivis de chaleur, inquiétudes dans les membres, jactation prononcée, langue rouge sur ses bords, enduit muqueux au centre, soif modérée, peau chaude, lenteur dans les réponses, un peu d'incohérence dans les idées: yeux fixes, dilatation normale des pupilles; coloration jaune très-prononcée, surtout à la face et sur la sclérotique. Gêne très-grande dans la respiration; pouls fréquent et peu développé. En arrière, et des deux côtés à la fois de la poitrine, surtout à droite, la résonnance à la percussion est obscure. Le bruit d'expansion pulmonaire est masqué en partie par un râle sous-crépitant humide, et dans quelques points on entend un râle muqueux, notamment à la base. Le malade a constamment gardé le décubitus dorsal. Ces accidens existent plus faiblement ce matin. 16 grains de sulfate de quinine.

Les signes de congestion pulmonaire, le râle sous-crépitant, le râle muqueux, siégeant en arrière, et surtout à la base des poumons, parurent à quelques personnes exiger l'emploi de la saignée; elle ne fut pas cependant mise en usage. D'abord il existait dès la veille des symptômes non équivoques de résorption purulente; la teinte jaune des tégumens était plus prononcée que jamais. Je crus voir dans ces symptômes et dans les résultats si connus des expériences de M. Magendie, qui ont mis hors de doute l'influence des évacuations sanguines générales sur l'absorption, une contre indication à l'emploi de la saignée. En pratiquant d'ailleurs la phlébotomie, tout en admettant que j'eusse dissipé la congestion pulmonaire, n'aurais-je pas pu, d'un autre côté, enlever le reste de l'inflammation suppurative que nous avions tant intérêt à centraliser sur la plaie.

Enfin cet état du poumon ne pouvait-il pas dépendre d'une congestion passive, hypostatique des auteurs, dans laquelle le décubitus dorsal n'est pas sans jouer un rôle assez marqué, et qui réclame bien plutôt l'emploi des toniques que celui des débilitans.

Les faits observés le 29 viennent justifier la théorie sur laquelle notre conduite est fondée.

Le 29, les accidens observés du côté du poumon sont très-peu marqués; le pouls est sans fréquence, dépressible; le ventre indolore. Il y a eu deux selles liquides. Les bords de la plaie ont une couleur plus rosée; des

bourgeons charnus s'y développent; le gonflement du pied a encore diminué, mais il existe sur la face dorsale, près la bosse des orteils, une collection purulente qui est évacuée immédiatement. Cataplasme, seize grains de sulfate de quinine.

Le 30, la nuit a été marquée par un mouvement fébrile. Ce matin le pouls est régulier; deux selles liquides. M. Lisfranc ouvre un second abcès moins étendu que le premier, et situé sur le bord interne du pied. Cataplasme renouvelé trois fois par jour; compression expulsive appliquée sous la face plantaire au côté interne, pour s'opposer à la stase de la matière purulente vers ce point; deux potages; 16 grains de sulfate de quinine.

Le 31, pas de fièvre, sommeil très-calme; pas de douleur; langue blanche, humide, peau fraîche; la teinte jaune diminue; la sécrétion purulente du pied est régulière. Trois selles liquides. 20 grains de sulfate de quinine.

Le 1er février, le malade continue à bien aller; le dévoiement s'amende, les foyers purulens ne se sont pas étendus, grace au soin d'évacuer la matière purulente à chaque pansement, et à la compression légère qu'on exerce. On diminue la dose du sulfate de quinine. Le malade n'en prendra que 15 grains. Potages; pain et confitures.

Le 2, 10 grains de sulfate; le 3, 8 grains; le 4, 5 grains.

Le 5, l'abcès du bord interne du pied est cicatrisé; celui de la face dorsale l'est aussi en grande partie.

Hier le malade, à la suite du transport d'un lit dans un autre, eut froid, et eut un frisson, suivi de fièvre. Le malade ne prend plus de quinine.

Le 6, nouvel accès de fièvre. Reprise du sulfate de quinine à la dose de 15 grains.

Le 7, fièvre avec frisson; un peu de diarrhée; 15 grains de sulfate de quinine.

Le 8, pas de fièvre. L'état du malade est parfait; la diarrhée a disparu.

Les 9, 10, 11, 12, 13. Chaque jour, depuis le 6 février, le malade a pris 15 grains de sulfate de quinine. Il y a une constipation qui exige chaque jour l'usage d'un lavement émollient. Les foyers purulens sont entièrement cicatrisés; les bourgeons charnus du bord dorsal de la plaie nécessitent une cautérisation avec le nitrate d'argent. Le bord plantaire est cicatrisé.

Le 14, 10 grains de sulfate de quinine seulement. Le malade mange des viandes blanches.

Le 18, on cesse le sulfate de quinine, dont la dose a été diminuée chaque jour.

Aujourd'hui il reste à peine quelques vestiges de teinte jaune sur les tégumens. En comprimant le lambeau on fait sortir sur son bord dorsal quelques gouttelettes d'un pus blanc, épais, qui semble séjourner sous lui. Pour éviter la formation de trajets fistuleux, on exerce une compression modérée sur le lambeau au moyen d'une compresse graduée.

Le 1er mars. Depuis dix jours que le sulfate de quinine n'est plus administré, je n'ai observé aucun retour fébrile. La cicatrisation est presque achevée; la compression est continuée à cause d'une petite fistule qui paraît vouloir résister, et qui s'ouvre sur le bord dorsal.

Le 26 mars, Vaugel quitte l'hôpital; depuis trois semaines sa santé est tout à fait rétablie; l'embonpoint est considérable. La fistule que j'ai signalée, après avoir résisté longtemps, a cédé à la compression. La guérison est complète.

Leçons sur la Phrénologie; par M. Broussais.

(Troisième leçon. — 16 avril.)

Hier, Messieurs, des objections m'ont été adressées; j'ai dit que d'ordinaire les objections venaient de ce qu'on n'attendait pas l'exposition complète d'un sujet et de l'ignorance où l'on était de tout ce qu'il pouvait comprendre.

Ici le professeur, pour prouver qu'il ne recule pas devant les objections, lit une lettre qui lui a été adressée, et dans laquelle l'auteur demande des explications sur les excitans de la matière, sur la nature et le siége de la pensée, sur la témérité qu'il y a de vouloir localiser ou isoler les facultés dans le cerveau qui forme un tout homogène.

L'auteur de la lettre reproche à M. Broussais la légèreté avec laquelle il a traité les plus grands philosophes. Il fait la critique des têtes qui ont été choisies pour la leçon, et cite comme une objection l'observation d'un malade de l'hôpital de la Pitié, qui, avec un cerveau développé à sa partie antérieure, ne jouit cependant pas de facultés intellectuelles. Cette objection n'en est pas une, dit M. Broussais, tant qu'on n'aura pas prouvé qu'on peut penser sans cerveau. Mais dans un état maladif, ne peut-on pas avoir un estomac qui ne digère pas, un foie qui ne sécrète pas de bonne bile, un poumon qui ne respire pas? Pourquoi n'aurait-on pas un cerveau malade?

Le reste de la lettre ne contenaît guère que des invectives auxquelles M. Broussais répond avec calme et dignité, en avançant que ces objections viennent de personnes qui, n'étant pas suffisamment éclairées, manquent de tact, et qu'il ne croit pas que de telles attaques nuisent beaucoup à une science prouvée par des hommes complétement organisés.

Au reproche d'émettre des idées subversives de tout ordre social, il dit que la science qui prouve que chaque homme a en lui le germe de ce qui est beau et bien, est une réponse suffisante.

Nous avons vu dans la leçon précédente, en parcourant l'échelle zoologique, qu'on pouvait observer le mobile qui dirige les animaux.

On ne trouve d'abord que l'instinct de nutrition; avec cet instinct de nutrition, le système ganglionnaire seul.

En remontant l'échelle, un rudiment du cerveau se fait reconnaître chez des animaux qui vont bien chercher leur nourriture, qui ont des mouvemens plus étendus, mais

qui agissent instinctivement et sans délibération.

Les poissons, les reptiles surtout chez qui le cerveau est déjà développé, savent délibérer, s'abstenir, guidés par un autre besoin.

Les oiseaux et les mammifères ont encore un cerveau plus parfait, des sens plus aptes aux impressions ; ils ont même quelques rudimens de sociabilité ; aussi offrent-ils des facultés plus étendues, ont-ils des idées plus claires que les reptiles et les poissons. L'homme enfin qui, comme les zoophites, commence à ne vivre que de la vie végétative, passe par tous les degrés de l'échelle animale, et est placé par son organisation au-dessus de tous les animaux. Cependant il lui faut du temps pour parvenir à délibérer; il faut que les sensations qu'il éprouve le mettent en rapport avec ses besoins, ses instincts, ses sentimens ; phénomènes qui, une fois opérés, restent, *sinon il n'aurait plus de mémoire.*

L'homme, avons-nous dit, ne doit sa supériorité ni à la perfection de ses sens, soit dans l'organe propre ou dans la portion cérébrale qui lui correspond, ni au développement de ses besoins instinctifs, mais à ses sentimens, à leur association avec les sensations, et à la faculté qu'il a de les reproduire par le langage, etc.

L'intelligence est cette faculté que possède l'homme de comparer, non-seulement les corps entre eux, mais encore de comparer les instincts et les sentimens ; d'où il faut conclure que les sentimens de l'homme ne constituent pas seuls l'apanage de sa supériorité. Enfin ce qui couronne l'œuvre de son perfectionnement, c'est la faculté qu'il a de pouvoir se reporter, par la réflexion, à la cause première des phénomènes qui se passent sous ses yeux. Y a-t-il des moyens de diagnostic à l'aide desquels on puisse analyser l'homme affectif moral et intellectuel ? Oui, assurément ; et ces moyens de diagnostic, vous les trouverez dans la phrénologie.

A mesure que nous avancerons dans l'étude de cette science, vous pourrez reconnaître la vérité de cette assertion, de même que vous pourrez constater que la découverte n'est pas due à un travail de cabinet, et que dans sa marche elle ne s'est point livrée à un aveugle empyrisme.

Les différentes facultés que nous avons énumérées peuvent-elles s'expliquer les unes par les autres ? Non. On a prétendu dans quelques systèmes de psychologie, tout expliquer par la sensation ; de là est né le sensualisme, mot insidieux qui ravale le système, et le montre comme le raisonnement d'êtres égoïstes et sensuels ; je vais l'expliquer tel que je le conçois. On a dit : je *sens* que cela est beau, que cela est juste. On a même dit : je *sens* la justesse de cette pensée : on a tout rapporté à cette impression de sentir : mais le sentir n'explique pas les besoins, les instincts et l'intelligence.

Pourquoi vouloir transformer le sentir? Cette manière d'être impressionné ne sera jamais en rapport qu'avec les phénomènes extérieurs.

Pourquoi a-t-on voulu expliquer, par le sentir tous les phénomènes des sentimens et de l'intelligence? C'est qu'on a supposé résolu ce qu'il est impossible de résoudre. Il y a dans la tête de l'homme une intelligence qui opère sur le sentir et sur tous les phénomènes moraux : on a supposé un être dans un autre être. Dans la lettre d'objections qui m'a été adressée, on m'a demandé un point central : il est évident que c'est me demander une autre intelligence placée dans l'intelligence.

Dans le dix-huitième siècle, on a supposé une intelligence égoïste faisant un calcul continuel entre ce qui pouvait lui être utile et ce qui pouvait lui nuire. Ces explications ne sont pas des solutions.

Une autre école a dit : le sentir peut expliquer l'action des sens, mais ne peut donner aucune idée du sentiment, du juste, du beau, du divin : tous ces sentimens sublimes ne peuvent pas être expliqués par la représentation des images, et beaucoup d'hommes ont trouvé ces phrases belles, grandes, sublimes. Tout cela n'est que supposition ; ce ne sont pas des explications plausibles, c'est toujours la même entité qu'on place ici dans la tête de l'homme.

La phrénologie seule a combattu ces entités factices; elle seule démontre les conditions matérielles de toutes nos manifestations. Ceci conduit au matérialisme. Que signifie ce mot ?

Admettre un cerveau simple ou composé pour la manifestation de l'esprit, ne prouve rien contre la cause première qui a tout créé.

Le cerveau seul n'est pas la cause de nos manifestations ; il a pour adjuvant toute la nature, l'action des corps impondérables, et parmi ces grands agens dont la source nous est inconnue, assurément, je le répète, la cause première de toute création. On a crié contre Galilée, contre la géologie ; eh bien, les idées acquises par Galilée et par les géologues sont admises maintenant, malgré les criailleries des ennemis de tout progrès. Certes, on n'ira pas attaquer le spiritualisme dans sa cause première ; mais un fait qu'on ne contestera pas, c'est que les facultés sont le résultat de l'organisation.

La phrénologie repose sur des faits, ses résultats sont donc positifs. C'est ce que prouve son historique, que nous aborderons dans la prochaine leçon.

Cette science est bien grande ; car, nouvelle encore, elle déroule devant l'esprit humain, et par ce mot j'entends l'ensemble de nos facultés, des vues beaucoup plus élevées que tous les systèmes qui ont paru jusqu'à ce jour.

N° 50. — 26 Avril.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Trentième leçon, 25 mars.)

Le professeur commence la seconde partie de son cours par quelques considérations générales, et dit que si l'on peut établir une physiologie des phénomènes vitaux, les mêmes raisons portent à faire une physique de ces mêmes phénomènes.

Ces idées demanderaient, pour être bien développées,

des cours de physique, mécanique et de chimie animales, dont la durée devrait être de plusieurs mois.

Le corps de l'homme vivant possède toutes les propriétés de la matière. Il est étendu, divisible, impénétrable et doué de la faculté de se mouvoir ; sous ces divers rapports, il est impossible de le séparer des autres corps de la nature.

Les personnes qui avancent que les corps vivans ne sont pas soumis aux lois qui régissent la matière, soutiennent une opinion tellement absurde que ce serait, pour ainsi dire, temps perdu que de la combattre.

L'ignorance où sont la plupart des physiologistes et des médecins, des notions les plus élémentaires des sciences naturelles, ignorance dont la source est dans les opinions erronées des hommes qui ont prétendu que les corps animaux vivans étaient régis par des propriétés particulières dites vitales qui les soustrayaient aux lois de la matière inerte, a pu seule empêcher les médecins de puiser dans l'étude de la physique et de la chimie les notions propres à démontrer la vérité de cette assertion.

Si l'on prend, par exemple, un tissu tel que celui d'une artère, et qu'on exerce sur lui des tractions en sens opposés, on voit ce tissu prêter, céder, s'allonger ; puis l'extension venant à cesser, le tissu ne peut tarder à revenir sur lui-même. La même chose a lieu pour un poumon de cadavre qu'on insuffle et qui revient sur lui-même aussitôt qu'on cesse d'y faire pénétrer de l'air. Les parois du thorax jouissent de cette élasticité à un tel degré que l'affaiblissement de la respiration, puis de tout le corps, survient à la suite de l'ossification des cartilages de prolongement des côtes ; si l'on ajoute à cette cause les modifications que l'âge apporte dans la disposition des extrémités des canaux bronchiques et dans le tissu des poumons, on concevra facilement pourquoi l'oxigénation du sang se fait moins facilement à cette époque de la vie.

Cette élasticité des parois du thorax, si remarquable dans la jeunesse pendant l'état de santé, devient souvent dans les maladies de poitrine un signe utile pour faire connaître l'état du poumon, et jusqu'à quel degré l'air peut pénétrer dans l'intérieur de son tissu.

Les travaux intéressans de Laënnec sur la production des sons fournis par les bruits respiratoires et de la voix, prouvent que ce sont tous des phénomènes physiques dont il est difficile de se faire une idée, si l'on ne possède pas des notions bien exactes sur la production des sons en physique.

Il en est de même de tous les bruits qui s'opèrent lorsqu'on parle à voix basse, qu'on se gargarise ou qu'on siffle. La même application se retrouve encore dans les bruits causés par les gaz intestinaux ; dans ceux de crépitation produits par la fracture des os, dans certaines inflammations des gaînes ou des capsules synoviales, dans les emphysèmes, etc.

Le cœur offre aussi une infinité de bruits différens dans l'état de santé et de maladie.

Le défaut de connaissances en physique les a fait attribuer à des causes qui n'existent pas. C'est ainsi que beaucoup de médecins ont dit que les valvules des orifices ventriculaires et aortiques les déterminaient. Les expériences les plus simples serviront à vous démontrer l'impossibilité des vibrations et de la résonnance des valvules formées des tissus plus ou moins mous et en contact dans toute l'étendue de leur surface avec le sang au milieu duquel elles se meuvent.

On retrouve l'explication de ce bruit dans la percussion, le choc du cœur contre les parois de la poitrine qui sont élastiques et jouissent d'une résonnance plus ou moins prononcée, suivant les individus et les divers états du cœur.

Ces bruits, dans les maladies sont susceptibles de varier à l'infini ; les médecins qui les ont reconnus leur ont assigné les dénominations les plus bizarres, telles que bruit de scie, de râpe, etc.

On observe quelquefois dans les vaisseaux de véritables sons musicaux. C'est ainsi que M. Cagnard-Latour, dont l'habileté est reconnue en physique, a trouvé dernièrement, dans mon service à l'Hôtel-Dieu, chez une femme affectée d'une maladie de l'aorte, le son que donne le *sol* naturel en musique.

Eh bien, la physique peut rendre compte de cette modification des sons par celle que la maladie a développée dans les tissus.

Aussi les recherches de Laënnec, remarquables sous le rapport de la pathologie, sont complétement dénuées d'intérêt sous celui de la théorie, ce médecin ayant totalement manqué de connaissances nécessaires pour les expliquer.

Si nous passons à quelques considérations sur une autre propriété des corps en général, je veux dire la porosité ou la possibilité qu'ils ont de se laisser traverser plus ou moins facilement par des gaz, des liquides, nous la retrouvons dans nos tissus où elle devient une des premières conditions de la vie.

Dans les classes les plus élevées de l'échelle animale, la transformation du sang veineux en sang artériel se fait dans le poumon au moyen de la sérosité.

La réparation de notre sang dans l'acte de la digestion ne pourrait pas s'exécuter sans ce phénomène.

La connaissance de la porosité de nos tissus et de leur imbibition à l'instar d'une éponge qu'on plonge dans un liquide, est un fait qui date de peu d'années dans la science. C'est pourquoi les idées les plus extravagantes et les plus ridicules ont été professées et sont encore admises dans des ouvrages récents. On avançait que l'absorption ne s'effectuait qu'au moyen des lymphatiques ; on disait même que les orifices de ces vaisseaux, espèces de pylores, étaient doués de la faculté de discerner les substances qu'elles devaient admettre ou rejeter. Cette explication, appliquée aux fonctions de la valvule pylorique, est tout aussi dénuée de fondement pour l'estomac que pour les lymphatiques. Aujourd'hui cet échafaudage de théories, ce joli roman physiologique est tombé devant les expériences que j'ai faites pour prouver que les phénomènes d'absorption ont lieu de la même manière sur le vivant que sur le cadavre.

J'ai eu recours, il y a quelques années, à une expé-

rience décisive pour démontrer que l'absorption s'exerce indépendamment des veines et des lymphatiques. Ayant coupé toutes les parties molles et l'os de la cuisse d'un chien, à l'exception de l'artère que je laissais intacte, mais dénudée de tous les vaisseaux et nerfs qui l'entourent, j'introduisis dans ce membre ainsi isolé quelques parcelles du poison de Java, et l'animal ne tarda pas à éprouver les symptômes de l'empoisonnement produit par cette substance.

Cette expérience mit enfin un terme aux objections des hommes qui jusqu'alors n'avaient pas admis que l'imbibition pouvait s'opérer dans nos tissus de la même manière que dans des substances inertes.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux ; recueillies par M. Malherbe.

Du cancer des centres nerveux.

(Suite du numéro du 19 avril.)

Il a été plus rarement observé que le tubercule. Jusqu'ici il n'y a eu que quarante-cinq cas publiés, dont 43 ont été consignés dans la clinique de M. Andral, et 2 signalés depuis.

Siége.—Dans les hémisphères cérébraux, 32 fois; dans le corps pituitaire, 3; dans le cervelet, 5; dans le mésocéphale, 2 ; dans la moelle épinière, 3. Il ne faut pas confondre ces trois derniers cas avec ceux dans lesquels on a rencontré des cancers dans le canal rachidien.

D'après cette statistique, on voit combien les hémisphères cérébraux sont plus souvent affectés.

Caractères anatomiques.—Le volume du cancer peut être celui d'un grain de millet et jusqu'à celui du poing et au delà. Il peut n'exister qu'un point cancéreux, et alors ses dimensions sont ordinairement plus étendues; ou bien il y en a plusieurs, et leurs limites sont plus étroites. La pulpe nerveuse environnante aura conservé son intégrité, ou elle aura subi les modifications indiquées à propos du tubercule, telles que l'injection, le ramollissement, etc. Les méninges sont susceptibles de prendre part à la maladie. Les os eux-mêmes peuvent participer à la dégénération cancéreuse. Des exemples de cette nature ne sont pas excessivement rares. On sait en effet que le cancer a la propriété de se propager de proche en proche, de s'identifier avec les tissus voisins. On l'a vu, après avoir détruit la lame criblée, faire irruption dans les fosses nasales ; il s'est aussi échappé à travers les trous de la base du crâne.

Les nerfs qui partent du cerveau sont loin de rester toujours intacts. Quelquefois ils sont simplement comprimés et aplatis par le cancer; d'autres fois on n'en trouve plus de traces. Dans des cas enfin ils deviennent cancéreux. Ces trois sortes de lésions pour les nerfs sont importantes à connaître; car elles donnent lieu à des symptômes différens, suivant les nerfs qui sont ainsi placés sous le coup de l'altération.

Le cancer a encore le singulier privilége de se produire dans plusieurs organes à la fois, et on dit alors qu'il y a diathèse cancéreuse. En analysant nos 45 cas, on en compte 10 dans lesquels on trouva, en même temps qu'il y en avait dans le cerveau des cancers occupant d'autres organes.

Causes. — Elles sont les mêmes que pour le cancer en général. Sur les 45 observations précitées, deux fois seulement la maladie a succédé à des violences extérieures ; elle a été spontanée chez les 43 autres.

On a cherché à assigner un âge pour la formation du cancer. Le fait est qu'il s'est développé chez des individus depuis l'âge de 2 jusqu'à 77 ans, et si nous consultons encore nos 45 cas, nous verrons que 9, dont 2 chez des enfans de 2 ans, se sont montrés depuis 2 jusqu'à 20 ans; 3, de 20 à 30 ; 8, de 30 à 40 : 11, de 40 à 50; 9 de 50 à 60 ; et 5 seulement de 60 à 80.

Symptômes. — Quand ils existent, ils sont analogues à ceux qui naissent sous l'influence de la compression du cerveau par un produit accidentel quelconque.

Cancer des hémisphères cérébraux.

Symptômes. — L'intelligence subit des troubles plus ou moins prononcés. Ce n'est pas un phénomène constant; car M. Andral a vu plus d'un cas où elle est demeurée intacte jusqu'au dernier moment ; et dans un de ces cas le cancer occupait presque tout l'hémisphère droit. Une fois aussi l'intelligence ne s'est désordonnée que vers la fin. Ces troubles sont quelquefois périodiques. L'aliénation mentale a, dans quelques circonstances, reconnu pour cause le cancer.

Du côté du mouvement, il y a, dans la majorité des cas, des désordres qui se résument en une paralysie qui peut devenir générale, et qui est ou non précédée de fourmillemens. M. Esquirol a rapporté un cas de paraplégie amenée par un double cancer dans les deux lobes antérieurs du cerveau. Au lieu de paralysie, des mouvemens convulsifs, et parfois l'épilepsie, ont été des symptômes de la maladie qui nous occupe.

Si nous examinons ce qui se passe du côté du sentiment, nous verrons souvent une céphalalgie intense continue ou intermittente ; mais est-elle lancinante? Ce caractère lancinant n'a pas été observé dans tous les cas de cancer qui se sont offerts jusqu'à présent. M. Andral en a noté un qui fut remarquable par d'insupportables élancemens. Quoiqu'il en soit, de ce que la douleur ne se fera pas sentir lancinante, on n'en devra pas conclure qu'il n'y a pas cancer. Ce signe, en effet, a manqué dans les cancers des autres organes. Le professeur pense même qu'il ne se montre que par exception dans le cancer.

La céphalalgie existe ordinairement du même côté que le cancer ; mais la douleur peut être ressentie dans un autre point, dans le tronc, par exemple, ou dans les membres.

La sensibilité cutanée peut être exaltée, diminuée, abolie, ou rester à son état normal. Les sens spéciaux sont aussi exposés à des lésions sous l'influence de la production morbide dont il s'agit ici. Une jeune fille de dix-sept ans en a fourni un exemple bien frappant. Chez elle, à mesure que le mouvement devenait de plus en plus impossible, à mesure en même temps les organes des sensations spéciales perdaient de leur vertu, et à certain moment de la maladie, cette jeune personne finit par ne plus sentir, par ne plus voir; l'odorat, le goût, l'ouïe, s'abolirent complétement, et cependant l'intelligence n'en avait pas souffert; la malade pouvait penser.

Du côté de la digestion, on donne le vomissement comme un symptôme du cancer; mais nous avons vu qu'il survient aussi dans le cas de tubercules.

La circulation est peu modifiée et pourtant on observe quelquefois des battemens de cœur; et de même du côté de la respiration, on remarque dans certaines circonstances de la gêne, de la dyspnée.

La teinte jaune paille que l'on désigne comme accusant la présence du cancer, existe-t-elle toujours? M. Andral l'a vue en pareil cas; mais en général elle ne se laisse reconnaître que lorsque la maladie est déjà avancée, qu'elle n'est pas simplement locale, et quand il y a cachexie cancéreuse.

Marche et terminaison. — Le cancer des hémisphères cérébraux suit une marche lente; sa durée peut être de plusieurs années. Les malades finissent par mourir affaiblis ou par suite d'une complication aiguë dans le cerveau, provoquée par le cancer. C'est ainsi qu'il n'est pas du tout rare qu'une méningite vienne les enlever.

Cancer du corps pituitaire.

M. Rayer en a cité trois cas.

Symptômes. — Ils furent remarquables par un état d'apathie, par une diminution de la mémoire, par l'amaurose et la pesanteur de tête. La mort arriva dans deux cas au milieu du coma.

Dans un de ces cas l'affaiblissement de la vue fut le premier symptôme; peu de temps après survint une céphalalgie frontale. L'affaiblissement de la vue, marcha graduellement pendant trois ans, au bout desquels le malade succomba. Dans un autre, il y avait aussi amaurose, diminution de la mémoire; mais au bout d'un temps assez long, s'adjoignirent des convulsions qui tuèrent le sujet.

Cancer du cervelet.

Cinq fois on l'a constaté; mais peut-être doit-on en élaguer deux cas, dans l'un desquels il y avait encéphalite, et dans l'autre paraplégie. Ces deux cas, observés par Morgagni, sont en effet mal circonstanciés. Trois cas restent donc. Dans l'un il y avait céphalalgie : on remarqua tantôt des attaques d'épilepsie, tantôt de paralysie, tantôt enfin des convulsions. Une fois, la démarche fut chancelante comme dans l'ivresse. Dans un autre cas, il y eut renversement de la tête en arrière. Peu de chose du côté de l'intelligence. La perte de la mémoire des mots caractérisa cependant une fois la maladie; dans une autre circonstance, elle eut pour symptômes des vertiges, des étourdissemens et des vomissemens. Comme on le voit, il n'y a dans ces trois cas, rien de constant.

Cancer du mésocéphale.

La science en possède deux exemples. Dans un cas seul, publié dans le Bulletin clinique de M. Piorry, les symptômes ont été bien analysés.

Comme prodromes de la maladie, on nota des éblouissemens, des étourdissemens, des palpitations, de la céphalalgie, des douleurs remarquables dans l'œil gauche. Plus tard, diminution graduelle du mouvement dans les quatre membres. La face et la langue participèrent à cette lésion : parut ensuite un mouvement continuel d'abaissement et d'élévation du globe de l'œil. Du côté de la sensibilité, les troubles furent un engourdissement dans les membres, une douleur très-vive dans la paume des mains, dans les mollets et à la plante des pieds.

Quant aux sens spéciaux, ils furent aussi modifiés : ainsi la vue, le goût, l'odorat, la peau perdirent de leur sensibilité. La malade entendait tout, mais elle ne pouvait parler. De temps en temps il y avait des accès sans écume à la bouche, sans convulsions : la pupille était alors contractée. Ces accès étaient suivis de vomissemens, et simultanément de douleurs très-aiguës dans les membres.

Cancer de la moelle épinière.

Le cas le plus remarquable est celui publié par M. Velpeau. Mouvemens convulsifs, douleur dans les membres; puis paralysie du mouvement et du sentiment, tels furent, dans cette circonstance, les symptômes caractéristiques.

Des calculs du cerveau.

Outre les produits accidentels que nous avons rencontrés jusqu'ici dans le cerveau, il en est d'autres qu'on y trouve encore, et de ce nombre sont les calculs. Sept cas confirment cette assertion. Dans six de ces sept cas, les hémisphères cérébraux étaient le siége de la lésion; une fois elle occupa le cervelet.

Dans trois des six premiers cas, les calculs étaient petits, peu volumineux. Dans les trois autres il n'y en avait qu'un, et, comme celui qu'on observa dans le cervelet, ils étaient de dimensions assez considérables; on pourrait même dire qu'ils étaient très-gros. Ces derniers occasionnèrent une fois un balancement continuel et alternatif de la tête. Une autre fois il y eut des mouvemens spasmodiques des membres. Dans un troisième cas enfin, l'épilepsie se déclara.

En général, les symptômes n'ont été autres que ceux produits par les autres corps étrangers dans le cerveau.

Un des individus malades était âgé de 16 ans, un autre de 20, un autre de 21, un quatrième de 57.

Faut-il croire, comme on l'a dit, que le cerveau ait été vu transformé tout entier en une concrétion pierreuse ?

Pour ce qui est des corps fibro-cartilagineux, on en a constaté un dans le lobe cérébelleux droit d'une vache. Chez cet animal, on nota un affaiblissement graduel des membres du côté opposé.

Kystes divers.

Ce genre d'altération n'est pas du tout rare. Nous ne parlerons que d'un cas rapporté par un praticien dont le nom nous échappe actuellement. Le sujet affecté portait dans le côté gauche du mésocéphale un kyste volumineux qui avait comprimé la troisième, quatrième et cinquième paires de nerfs du côté correspondant.

Dès le début, la maladie se révéla par des douleurs névralgiques de la face : plus tard par une perte de sentiment à la face et dans toutes les parties où se distribue la cinquième paire. Il survint à la fin une paralysie incomplète du membre gauche.

Entozoaires.

On en a vu de deux espèces : les uns appartenaient aux acéphalocystes, les autres aux cysticerques. Ceux-ci, quand on les a observés, siégeaient dans les circonvolutions. Dans un seul cas, l'individu fut frappé d'aliénation mentale.

L'entozoaire polycéphale se rencontre fréquemment chez les moutons.

Produits divers.

Ils peuvent être très-différens sans que pour cela nous devions nous y arrêter longtemps ; les symptômes auxquels ils donnent lieu rentrant dans ceux qui résultent de la présence des autres produits divers développés dans les centres nerveux.

On compte dans la science quatre observations de produits accidentels formés dans l'encéphale qui ressemblaient à des perles, et qui se réduisaient à de la cholestérine. Dans deux cas, ces sortes de pertes occupaient les hémisphères cérébraux ; dans un troisième le corps pituitaire ; dans le quatrième et dernier, le mésocéphale avait été, s'il est permis de s'exprimer ainsi, le lieu de prédilection.

N° 51. — 28 Avril.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Chomel professeur.

Gastrite aiguë, produite par l'ingestion de boissons alcooliques ; traitement antiphlogistique ; rapports entre l'état de la langue et celui de la muqueuse gastrique.

Au n° 1 de la salle Saint-Larzare, est couchée une femme de 46 ans, éprouvant depuis quatre ou cinq jours des vomissemens bilieux, qui se renouvellent jusqu'à douze ou quinze fois dans les 24 heures ; en même temps douleur vive à la région épigastrique, s'exaspérant par la plus légère pression ; soif ardente, anorexie ; fièvre assez intense. Le reste du ventre ne participe que très-légèrement à la douleur dont l'épigastre est le siége ; la langue est large, humide, pâle à sa pointe et sur les bords ; son centre est recouvert d'un léger conduit blanchâtre.

Cette femme raconte que dimanche dernier, elle est allée à la barrière et qu'elle a pris une assez grande quantité de liqueurs alcooliques : elle confesse trois verres d'eau-de-vie et une bouteille de vin. Dès le lendemain au soir, frisson suivi de fièvre, vomissemens, douleur épigastrique qui ont persisté jusqu'au moment de l'admission à la clinique. Immédiatement après l'arrivée de la malade, on a fait appliquer au creux de l'estomac 15 sangsues.

Le lendemain matin, une saignée du bras a été pratiquée ; on a administré en même temps un lavement émollient pour remédier à la constipation qui existait depuis le début, et on a prescrit des boissons gommeuses qui sont prises froides et en petite quantité.

Cette inflammation gastrique est des mieux caractérisées. Nul doute qu'il n'existe chez cette malade une phlegmasie assez intense de la membrane muqueuse de l'estomac. En se rappelant les descriptions que les auteurs ont données de la gastrite, on devait s'attendre à trouver une langue rouge, effilée et sèche. Cet organe ne présente cependant aucun de ces caractères. Les recherches anatomiques auxquelles on s'est livré dans ces dernières années ont fait complétement justice de cette erreur assez généralement répandue, savoir que la langue est le miroir de l'estomac, et que sa rougeur est toujours liée à un état inflammatoire de la muqueuse gastrique.

Dans le cas actuel, nous voyons tous les signes d'une gastrite des mieux caractérisées et cependant la langue reste large, humide et sans rougeur ; dans d'autre cas, et surtout dans les fièvres typhoïdes, on a observé la rougeur, la sécheresse et l'état fuligineux de la langue, sans que l'estomac présentât à l'ouverture des cadavres la moindre trace de phlogose. Dans la scarlatine, la langue est rouge ; mais ici cette rougeur ne traduit pas plus que dans les fièvres typhoïdes l'état de la muqueuse gastrique. La langue est rouge, comme la membrane qui tapisse la bouche, la gorge, comme toute la muqueuse qui est en contact avec l'air. C'est l'éruption scarlatineuse de la peau qui a envahi la muqueuse buccale et gutturale.

Quoiqu'il en soit, le pronostic de cette gastrite ne présente rien de grave. Elle a été produite par une cause accidentelle. Tout porte à croire qu'elle cédera au traitement antiphlogistique. Si elle persistait plus ou moins longtemps, on aurait à redouter le ramollissement de la membrane muqueuse. Mais il n'existe actuellement aucun signe qui indique cette désorganisation de la membrane interne de l'estomac.

—

Chorée compliquée de délire; saignées révulsives; bains frais.

Au n° 5 de la même salle est couchée une jeune fille de 20 ans, cartonnière, qui depuis cinq ans, n'a été régulièrement menstruée que deux fois, la première à 15 ans, la seconde à 19. Cette malade est douée d'une assez forte constitution; elle a eu à essuyer de mauvais traitemens de la part de son père.

Il y a trois semaines environ, qu'on a remarqué chez elle un affaiblissement de l'intelligence, et une maladresse qu'on attribuait à la négligence ou à des distractions. Elle a cassé, dans l'espace de quelques jours, plusieurs carreaux. Bientôt les membres sont devenus le siége de mouvemens désordonnés qui ont été considérés comme un état morbide et qui ont engagé ses parens à venir réclamer les secours de l'art.

Aujourd'hui, les muscles des paupières, des yeux, de la bouche sont sans cesse agités par des mouvemens irréguliers; la langue elle-même y participe; l'articulation des sons est très-difficile. On observe les mêmes mouvemens involontaires dans les bras et les avant-bras. Les membres inférieurs sont peu affectés. La progression est facile, et néanmoins irrégulière. La malade s'incline tantôt à droite, tantôt à gauche; mais elle ne marche pas en sautillant comme font des malades affectés de chorée, ce qui a fait désigner cette affection par le nom de danse de Saint-Guy. L'intelligence, qui est naturellement obtuse chez cette jeune fille, et qui, depuis l'invasion de sa maladie, s'était notablement affaiblie, a offert depuis hier, un trouble qui s'observe rarement dans la chorée. Il est survenu un délire violent, accompagné de beaucoup d'agitation. Il a été nécessaire de recourir à la camisole de force. Au milieu de ce trouble des facultés intellectuelles, le pouls est resté calme; il y a apyrexie complète.

Le trouble de l'intelligence, qui est venu se joindre à celui des fonctions locomotrices, rend le pronostic un peu plus sérieux que dans les cas ordinaires de chorée. Cette maladie, qui affecte principalement les jeunes filles et se manifeste surtout à l'âge de puberté, dure ordinairement deux ou trois mois, quel que soit le mode de traitement mis en usage. A une époque où on cherchait à localiser toutes les maladies, où l'on soutenait que le tétanos était une myélite, on avait également avancé que la chorée était symptômatique d'une inflammation de la moelle, ou du cervelet, ou des tubercules quadrijumeaux. Mais l'anatomie pathologique n'a pas confirmé ces différentes hypothèses. A l'époque que nous venons de rappeler, les émissions sanguines étaient seules employées. Quelques praticiens ont encore recours aujourd'hui à ce mode de traitement. Quoique M. Chomel n'accorde pas une grande confiance aux émissions sanguines, il a cru devoir dans ce cas prescrire une application de sangsues à la vulve dans le but de favoriser l'éruption des règles et de dégager l'encéphale, en supposant, ce qui est peu probable, qu'il soit le siége d'une congestion sanguine. La méthode de traitement à laquelle ce professeur a le plus ordinairement recours, est celle qu'employaient à l'hôpital de la Charité Dumangin et Bayle : elle consistait dans l'emploi des bains frais et l'usage interne de l'assa-fœtida. Le premier de ces moyens paraît avoir abrégé la durée de la chorée dans un certain nombre de cas. Cette malade y sera soumise.

N° 52. — 30 Avril.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Clinique de M. Lisfranc.

Considérations cliniques sur l'entorse.

Nous voyons si souvent venir dans notre hôpital des malades dont les entorses ont été mal soignées; l'empirisme est tellement à l'ordre du jour, grace aux fabricans de manuels, que nous croyons très-important de vous entretenir de cette maladie.

Il y a au pied une entorse externe et une entorse interne; quelle est la plus commune et la plus grave des deux, toutes choses égales d'ailleurs? C'est l'externe, parce qu'au moment où elle se produit tout l'effort est supporté par l'articulation du pied; tandis que dans l'entorse interne, le membre du côté opposé présente une certaine résistance à l'effort de la chute, et diminue ainsi d'autant celui que supporte le pied.

Mais souvenez-vous bien que l'entorse consiste dans la torsion, le tiraillement, et souvent le déchirement des ligamens et d'autres parties molles qui assujettissent les os; qu'à tout cela se joignent le froissement, la contusion des surfaces articulaires et la déchirure des vaisseaux qui produit un épanchement sanguin : voilà ce qui est incontestable, ce dont tout le monde convient. Eh bien, c'est parce qu'on n'y a pas réfléchi ou parce qu'on s'est laissé entraîner par l'esprit de système et de coterie qui a toujours dominé le monopole de l'enseignement, qu'après les réfrigérans employés pendant quelques heures, on a mis en usage les excitans pour augmenter la phlegmasie, comme vous allez le voir. De là sont nés des accidens graves; interrogez nos nombreux malades affectés de tumeurs blanches. Il est temps de faire une ample justice d'aussi funestes erreurs. Vous trouverez d'ailleurs dans les livres l'histoire des signes de l'entorse; je ne veux ici insister que sur son traitement.

On conseille les réfrigérans au début, c'est-à-dire le bain d'eau froide, dans lequel on laisse le pied pendant cinq à six heures; après ce temps on emploie l'eau de boule de Nancy, l'eau-de-vie camphrée, l'eau de savon, l'eau végéto-minérale, etc. Mais ces astringens, ces résolutifs sont peu convenables, car au sortir du bain froid prolongé la douleur est encore forte, et au bout de quelques minutes, la chaleur, la tuméfaction de l'articulation ne permettent pas de douter qu'elle ne soit déjà le siége d'une vive inflammation. Or, cette inflammation doit faire proscrire les résolutifs dont

nous avons parlé, parce qu'ils sont bien plus propres à l'augmenter qu'à la diminuer. C'est à cause de l'emploi empirique, malheureusement trop fréquent, de ces résolutifs que l'entorse a si souvent des suites graves, soit par sa durée qui peut être de deux ou trois mois, soit parce qu'elle se termine par une tumeur blanche, ou laisse au moins dans l'articulation une prétendue faiblesse qui se prolonge indéfiniment et qui, suivant nous, n'est qu'une sub-inflammation.

Voici les principes d'après lesquels il faut diriger le traitement de l'entorse.

Le bain froid prolongé convient toutes les fois que l'entorse est très-récente; on place donc le pied que je prends pour exemple dans un seau d'eau de puits très-froide que l'on entretient à la même température en la renouvelant à mesure qu'elle s'échauffe par le contact du membre et de l'atmosphère. Ce bain doit être prolongé pendant cinq à six heures et même plus, parce que s'il durait moins il serait plus nuisible qu'utile : une réaction plus vive en serait la conséquence. Mais il faut noter que cette application réfrigérante est formellement contre indiquée chez les sujets qui ont les organes respiratoires malades ou seulement très-irritables, de même que chez les femmes qui ont leurs règles. Quand l'entorse n'est pas très-récente, qu'elle date déjà d'une quinzaine ou d'une vingtaine d'heures, l'emploi de ce moyen est encore rejeté, parce qu'à cette époque l'inflammation s'est déjà développée et elle a acquis une très-grande intensité.

Quand vous aurez fait retirer le pied du bain froid, ne croyez pas, je le répète, que l'entorse soit dans des conditions favorables à l'emploi des résolutifs. Vous devez la considérer alors comme une inflammation qui a été modérée à son origine, mais non pas éteinte, et vous devez la combattre comme si vous n'aviez pas pu employer le bain froid, si ce n'est peut-être avec un peu moins d'énergie. Faut-il alors saigner ou appliquer des sangsues? Je crois que les sangsues sont trop à la mode et que les praticiens ont tort de leur donner la préférence. Lorsqu'on les emploie, il faut bien se souvenir de ne jamais les poser sur les parties qui sont ecchymosées parce que la gangrène peut y survenir, ni sur la partie inférieure de la jambe parce que même chez les individus qui semblent avoir cette région très-saine les morsures des sangsues se changent assez souvent en ulcères difficiles à guérir. Il faut placer les sangsues sur la partie moyenne ou supérieure de la jambe. Je donne, en général, la préférence à la phlébotomie, parce qu'en même temps qu'elle est spoliative, elle facilite l'absorption des liquides épanchés; action qu'il n'est plus permis de mettre en doute depuis les belles expériences de M. Magendie. Je prescris donc d'abord une saignée du bras de trois palettes; puis, 12 ou 24 heures après, si le malade n'est pas trop affaibli, j'en prescris une moins copieuse qui agit surtout comme dérivative. A ces saignées je joins la diète pendant les premiers jours, le repos le plus absolu du membre malade, l'application de cataplasmes émolliens et les diurétiques à l'intérieur pour faciliter la résorption des liquides épanchés. Je continue cette médication jusqu'à ce que l'état aigu fasse place à l'état chronique qui arrive ordinairement après six à huit jours et qui se caractérise par l'absence presque complète de la douleur, de la chaleur.

A cette époque les antiphlogistiques ne conviennent plus, ils seraient essentiellement nuisibles; il faut que les esprits exagérés le sachent bien. On continue le repos du membre, et les diurétiques; on emploie en même temps la compression faite avec une bande roulée et des morceaux d'agaric taillés en demi-cercle, de manière à ne pas porter sur les malléoles, mais seulement sur les tissus engorgés qui les entourent : tous les jours on enlève cette compression pour observer ses effets et l'on imprime de légers mouvemens au membre. Au bout d'une huitaine de jours, cette seconde partie du traitement amène en général la guérison.

L'entorse le plus souvent n'affecte que l'articulation du poignet ou celle du pied; alors elle est d'une guérison ordinairement facile. Mais elle est grave quand elle a affecté en même temps le carpe ou le tarse. On ne reconnaît guère cette coïncidence que lorsque le gonflement a un peu diminué; alors il se forme presque aussitôt une tumeur blanche : aussi faut-il se hâter dès que ce mode de terminaison se déclare de lui opposer le traitement des tumeurs blanches qui doit varier suivant que le malade est à l'état aigu ou à l'état chronique.

Les fractures de la partie inférieure de l'avant-bras sont accompagnées d'une entorse du poignet; à la levée de l'appareil, il reste en général un engorgement extrêmement dur de cette partie et tout à fait indolent dont on triomphe très-bien par l'emploi d'une compression un peu forte pratiquée au moyen d'attelles en bois entourées de linge que l'on serre avec un bandage roulé. C'est là ce que nous appelons la cinquième dose de la compression.

Que dirons-nous des irrigations permanentes d'eau froide sur le siége de l'entorse? Je les ai vu employer; mon opinion bien arrêtée est, que sous le rapport surtout de la résorption du sang épanché, elles sont loin de mériter la préférence sur les moyens que nous avons indiqués. On pourrait leur associer la saignée générale.

Quelques praticiens mettent en usage les irrigations d'eau légèrement chaude : ce moyen remplace avantageusement les cataplasmes émolliens.

Quant à la prétendue faiblesse qui reste dans l'articulation à la suite de l'entorse mal traitée, je n'y crois pas, j'ai disséqué des cas de ce genre sur des sujets morts à la suite d'autres maladies, et j'ai toujours jusqu'aujourd'hui trouvé une sub-inflammation très-évidente. Je conclus de ces faits qu'il faut traiter d'abord par le repos du membre, le régime, les cataplasmes émolliens et les évacuations sanguines; ensuite, quand la phlegmasie est beaucoup diminuée, on a recours à la compression, aux douches, etc., qui réussiraient *à priori*, comme l'expérience me l'a démontré. Vous venez encore de vous en convaincre, nous ne sommes ni pour le

mouton blanc, ni pour le mouton noir de Voltaire, quoiqu'en dise *la société admirable, sublime et transcendante d'admiration mutuelle.*

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.

(Trente-unième leçon, 19 avril.)

Dans les phénomènes physiques qui vont faire l'objet de l'étude de la deuxième partie de ce cours, nous pourrons apprécier avec une exactitude rigoureuse les sujets dont nous devons nous occuper.

Il n'en était pas de même lorsque nous traitions de la sensibilité, des facultés intellectuelles, etc. L'état actuel de nos connaissances et la nature du sujet ne se prêtaient pas à des explications aussi complètes et aussi satisfaisantes que celles des phénomènes d'élasticité et de porosité qu'on peut envisager sous tous leurs aspects dans le corps humain, de même que dans les corps inertes.

Ces connaissances positives peuvent seules élever la médecine au nombre des sciences exactes.

Je sais bien qu'on est reçu médecin et même professeur sans avoir les notions les plus simples de la physique et de la chimie; je sais que beaucoup d'hommes qui se trouvent dans ce cas ne cessent de s'élever contre l'abus qu'on fait de l'application des lois physiques au corps humain qu'ils prétendent être régi par des propriétés particulières. Mais j'espère vous démontrer par des expériences qui vaudront mieux que leurs raisonnemens, tout le néant de leurs vaines déclamations.

Si un homme, tel que M. Berzelius, dont personne ne révoquera en doute les vastes connaissances, venait me dire que l'estomac n'est pas une espèce de cornue dans laquelle se passent des phénomènes chimiques, ma conviction serait ébranlée; mais malgré tout le respect que m'inspirent les opinions émises par un homme aussi éminent dans la science, je voudrais avoir la preuve de cette assertion, et à plus forte raison, Messieurs, ne puis-je admettre, sans les avoir vérifiées, les opinions d'hommes dont aucun ne se trouve en position d'inspirer la même confiance.

Nous avons parlé dans la dernière séance, de la porosité qui se retrouve à des degrés très-différens suivant les divers corps. Tantôt cette propriété est démontrée par la facilité avec laquelle des corps à l'état de siccité se laissent pénétrer par des liquides, ou des corps pénétrés d'humidité laissent échapper les liquides qu'ils renferment, etc. Mon intention n'est pas d'entrer ici dans tous les détails que comporte ce sujet : je me borne à quelques indications générales, vous renvoyant pour des notions plus approfondies, aux traités de physique; je ne vous parle que des applications qui doivent être faites de la porosité dans l'étude de la physiologie.

Je dois ici relever autant qu'il me sera possible les erreurs d'un homme de génie, de Bichat, qui attribue à une action vitale ce qui n'est que le résultat d'actions physiques semblables à celles qui ont lieu dans le corps inanimé.

Un phénomène qui, en pathologie, ne reconnaît pas d'autre cause que l'imbibition des tissus, est l'ecchymose, dans laquelle on observe souvent que le sang s'étend bien au delà du point où l'épanchement s'est opéré.

M. Magendie, pour prouver que cette imbibition s'opère rapidement dans nos tissus, injecte dans la cavité du péritoine d'un lapin une solution d'iode, et dans la plèvre du même animal un quart de gros d'alcool de noix vomique : la mort, précédée de convulsions tétaniques, a lieu après quelques secondes.

Cette expérience prouve de la manière la plus évidente combien étaient futiles les explications données sur le choix ou le rejet que les bouches absorbantes faisaient des substances qui leur convenaient ou pouvaient leur être nuisibles.

Ici le contact de l'alcool avec une membrane séreuse n'était pas très-propre à favoriser l'absorption; les prétendues bouches absorbantes devaient également se fermer devant la substance délétère contenue dans cet alcool. Eh bien! vous l'avez vu, rien de tout cela n'a eu lieu, et l'imbibition, puis l'absorption se sont effectuées avec une rapidité très-grande.

Après avoir ouvert l'abdomen, le professeur montre la modification de couleur apportée au péritoine par la solution d'iode.

Il dit que si l'on eût attendu un peu plus de temps pour faire cet examen, toute la matière imbibée dans le tissu du péritoine aurait été reportée dans le sang par l'absorption, et la membrane séreuse n'en aurait plus présenté la moindre trace.

Une petite quantité d'extrait mou de noix vomique est introduite dans une plaie faite à la cuisse d'un autre lapin. Ce poison est porté dans les tissus au moyen d'un morceau de bois, et à ce propos, M. Magendie fait remarquer combien il est important en médecine de prendre garde à la manière dont une substance vénéneuse ou venimeuse a pénétré dans nos organes, et sous quelle forme était cette substance au moment de l'inoculation qui en a été pratiquée. En effet, si c'est un virus comme celui de la rage, il est possible que ce virus porté par les dents qui sont coniques, lisses, dures et polies, n'ait pas pénétré parce que des vêtemens, des cheveux ou des poils auront essuyé les dents qui en étaient imprégnées.

Si la substance vénéneuse a été portée par un morceau de bois et si elle est un peu consistante, il peut se faire encore que la forme de la plaie ait gêné son introduction, que la plus grande partie en soit restée sur l'instrument.

L'animal sur lequel cette dernière expérience vient d'être pratiquée tarde beaucoup plus que le premier à éprouver les symptômes de l'empoisonnement, ce qui tient à la moindre quantité de substance introduite et à l'éloignement plus grand où elle se trouve des centres vasculaires et nerveux.

M. Magendie démontre à cette occasion combien il est important de bien connaître la manière dont s'opèrent ces phénomènes pour les applications thérapeutiques qui peuvent être faites.

L'absorption n'ayant lieu qu'après une imbibition préalable, il faut connaître les conditions de cette imbibition qui s'opère plus ou moins rapidement suivant la disposition des tissus, la nature et la forme des substances qui doivent être absorbées, etc.

Lorsque les premiers symptômes de l'empoisonnement se manifestèrent, M. Magendie exerça une forte compression sur le trajet des vaisseaux au-dessus du point où le poison avait été déposé, et il arrêta tout à coup les convulsions produites par le passage de la noix vomique dans les veines.

La petite quantité de poison introduite dans la plaie et sa consistance expliquent la lenteur de sa dissolution et de son imbibition dans le tissu cellulaire avant d'arriver aux centres nerveux par la circulation générale.

Le professeur fait ressortir par l'efficacité d'un moyen aussi simple tous les avantages qu'on peut en retirer dans des cas d'empoisonnement par la morsure d'animaux enragés ou venimeux, ou par l'introduction des flèches et des dards que les peuples sauvages emploient dans les combats après en avoir trempé les extrémités dans des sucs de plantes vénéneuses.

Ayant cessé tout à coup la compression qu'il exerçait sur le trajet de la veine fémorale, l'animal qui était redevenu tranquille et ne paraissait pas tourmenté, fut repris aussitôt de convulsions violentes qui ne tardèrent pas à le faire succomber.

L'examen de la plaie de la cuisse fit voir alors qu'une quantité fort minime d'extrait avait pénétré dans les tissus; et la coloration jaunâtre qui existait autour du lieu où il avait été déposé, démontrait le commencement d'imbibition qui était opéré.

Cette manière, dit en terminant M. Magendie, d'étudier et d'expliquer les maladies et l'action des moyens employés pour les combattre, n'est-elle pas mille fois plus utile et plus satisfaisante que l'étude des théories fausses et souvent préjudiciables en médecine pratique que professent parfois des hommes remarquables sous quelques rapports?

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro du 26 avril.)

Deuxième division.

Nous nous sommes jusqu'à présent occupé des affections des centres nerveux dans lesquelles des lésions organiques expliquant d'une manière plus ou moins satisfaisante les désordres fonctionnels, sont appréciables au scalpel. Nous allons maintenant entrer dans une classe de maladies portant aussi sur ces mêmes centres nerveux, avec cette grande différence, qu'ici malheureusement aucune trace d'altération n'est saisie après la mort. Espérons que plus tard, par des moyens d'investigation plus parfaits, on parviendra à découvrir ce qui passe aujourd'hui inaperçu.

Quelques-unes de ces maladies peuvent pourtant s'accompagner de lésions anatomiques sensibles; mais cela a lieu si rarement, et d'une manière si inconstante, qu'on ne saurait par là se rendre raison des phénomènes; et de plus, quand ces désordres organiques existent, ils ne sont jamais en rapport avec la gravité des symptômes fonctionnels. Alors on est porté à se demander s'ils sont ou non la cause unique, fondamentale de ce qui a été observé pendant la vie. La réponse doit être négative; car ces lésions inconstantes d'un côté, ne sont de l'autre pas même toujours d'une nature identique dans la même maladie. C'est ainsi qu'on voit, par exemple, des tubercules dans le cerveau produire l'épilepsie ou une autre névrose, de même qu'on voit cette épilepsie se manifester sans la présence de tubercules. Dans des cas pareils, ne peut-on pas encore se demander si l'altération matérielle est la cause ou l'effet, ou si elle est une simple coïncidence. La question n'est pas facile à résoudre. Il faut qu'il y ait là quelque chose qui prédispose l'individu à contracter la maladie.

Ces maladies nombreuses, et très-diverses par leur nature, leur marche, leurs symptômes, ont été désignées sous le nom générique de névroses.

Il est nécessaire d'établir un ordre dans l'exposé de maladies si différentes. L'ordre le plus naturel est celui qui repose sur la ressemblance plus ou moins marquée de ces névroses entre elles, sous le rapport des troubles fonctionnels qu'elles déterminent.

Ire classe. — Névroses caractérisées par un trouble de l'intelligence.

IIe — Névroses du sentiment.

IIIe — Névroses du mouvement.

Il est des névroses qui s'accompagnent souvent du trouble de certaines grandes fonctions de l'économie, telles que la nutrition, la génération, etc., ou bien ces fonctions sont le siége de lésions qui ont leur point de départ dans les centres nerveux. Nous en faisons la quatrième classe.

Il y a dans l'économie un acte qui, selon qu'il s'accomplit de telle ou telle manière, produit des modifications morbides qu'on a caractérisées par les mots ataxie, adynamie, asthénie, termes exprimant cet état morbide dépendant d'un trouble dans les forces vitales, dont le siége est dans le cerveau. C'est la cinquième classe.

Dans des cas aussi l'élément morbide se prend à une des grandes fonctions du système nerveux indépendamment des autres. Dans d'autres, au contraire, toutes ou presque toutes sont atteintes en même temps. Ainsi, sous l'influence de l'état apoplectique, la sensibilité, le mou-

vement, l'intelligence, sont intéressés ; et de même dans l'épilepsie. Voilà la sixième classe.

Première classe. — *Névroses portant sur l'intelligence.*

Cette première classe se divise elle-même en trois ordres :

Ier ordre. — Trouble aigu de l'intelligence. (Délire.)

IIe — Trouble chronique. (Aliénation mentale.)

IIIe — Dans celui-ci les lésions de l'intelligence, au lieu d'être générales, sont spéciales ; c'est-à-dire qu'elles se rattachent à une seule faculté. Dans des cas, par exemple, la mémoire seule est perdue ; dans d'autres, c'est l'imagination qui est abolie, etc.

Premier ordre. — *Trouble aigu de l'intelligence. Du délire.*

Le délire a son siége dans le cerveau ; mais dans quel point ? Plusieurs pathologistes prétendent qu'il se lie à la lésion des circonvolutions. Cette opinion est trop exclusive, trop avancée, bien que l'altération des parties situées à la périphérie du cerveau puisse jouer un grand rôle dans la production de la maladie qui nous occupe ; car, que d'autres points du cerveau soient affectés, on verra naître encore le délire dans quelques cas.

Quoi qu'il en soit de son siége, la lésion n'est pas toujours appréciable, et quand elle l'est, la trouve-t-on toujours la même ? Non, tant s'en faut. L'hypérémie et l'anémie ne sont pas deux maladies identiques ; eh bien, elles peuvent donner lieu au délire, et pourtant celui-ci n'entraîne pas nécessairement ni l'existence de l'hypérémie, ni celle de l'anémie. La congestion n'est pas plus nécessaire pour la production de deux idées bien liées d'où résulte la raison. La congestion, quand elle existe, peut n'être que l'effet du délire. Ainsi, lorsqu'un individu a une violente colère, il n'y a pas encore congestion, mais si la colère se prolonge l'hypérémie peut s'établir. On peut en dire autant des travaux intellectuels forcés. Une congestion peut d'ailleurs entraîner chez celui-ci le délire, chez celui-là des convulsions, etc.

M. Andral a vu dans l'espace de quinze jours deux individus frappés d'une paralysie de la face ; l'un à la suite d'un accès de colère, l'autre à la vue de son père mort. Assurément il n'est pas probable que la lésion fût la même dans le cerveau, en supposant toutefois qu'il y en eût une. Tout ce qui modifie l'action du cerveau peut, en un mot, causer le délire.

Le délire, sous le rapport de ses causes, peut être distingué en sympathique et en idiopathique.

Délire sympathique.

Ce n'est autre chose que la réaction d'une lésion quelconque sur le cerveau, abstraction faite de la distance de cette lésion des centres nerveux.

Causes.—La congestion, l'inflammation d'une partie quelconque, une sécrétion abondante, des sécrétions vicieuses, une vive douleur, etc. ; mais ces différentes causes ne produisent pas le délire avec la même intensité chez tous les individus. Chacun jouit d'une manière d'être de sentir qui lui est propre.

Le délire ne se lie pas toujours à une hypérémie cérébrale, et une preuve, c'est qu'il ne cède pas toujours au même traitement.

Traitement. — Il y a deux indications à remplir :

1° Combattre la lésion qui cause le délire.

2° Attaquer le délire lui-même ou les accidens nerveux qui le suivent. Il ne faut pas croire que les émissions sanguines soient le seul et unique moyen à opposer. Evidemment, elles conviennent dans des cas, dans l'hypérémie, etc. Dupuytren faisait souvent taire le délire et ses accidens, par l'usage de l'opium. Si donc le délire tient à une douleur, calmez-la ; s'il est dû à une accumulation de liquide dans les intestins, les évacuans, les purgatifs seront très-utiles.

M. Andral a remarqué souvent la cessation du délire amené par un vomissement bilieux provoqué par deux grains d'émétique. On voit combien ces indications doivent se tirer des circonstances.

Délire idiopathique.

Il est loin de se montrer toujours le même.

Causes. — Elles sont très-nombreuses, et on pourrait en établir deux espèces. Dans la première, sont celles qui consistent dans la stimulation du cerveau, dans l'inflammation de la pulpe ou de ses membranes, dans l'insolation, la calenture (sorte de délire bien connu des marins, produit par la chaleur que subissent les navigateurs en passant, par exemple, sous la zône torride, et contre lequel la saignée est le moyen le plus efficace).

Dans la deuxième espèce, sont les causes tout opposées ; ainsi la faiblesse du cerveau, etc.

On voit des femmes, après un accouchement, éprouver des hémorrhagies utérines et être sujettes à un délire qui disparaît à mesure que la malade reprend du sang. Certes, ici on ne dira pas que le délire tient à une hypérémie cérébrale. Il est de la même nature que les palpitations et les dyspnées nerveuses.

On rencontre des sujets épuisés par une maladie aiguë qui tombent dans le délire quand on les saigne, ou bien s'ils y sont déjà, il augmente sous l'influence des pertes de sang. Ici encore il n'y a pas stimulation du cerveau ; aussi doit-on être réservé sur l'emploi de la saignée. Il serait cependant difficile de généraliser ; car tel individu se trouvera bien d'une saignée, même le trentième jour après l'apparition du délire ; tandis que tel autre ne la supportera pas après le premier jour. Dans les maladies chroniques, lorsque le terme fatal approche, on voit survenir le délire. C'est ce qui s'observe chez un phthisique pendant les deux ou trois derniers jours de sa vie. Que trouvera-t-on dans le cerveau pour expliquer ce délire ? rien. Si vous pouviez redonner du sang à ce malheureux, rétablir ses forces, vous feriez disparaître ce phénomène qui ne s'attache qu'à son état d'affaiblissement. La faim et l'abstinence produisent aussi le délire.

Certains individus délirent quand on les prive d'exci-

tans habituels ; rendez-les leur, et la maladie cesse. M. Andral a vu des femmes nerveuses prises de délire, parce qu'on les avait soustraites à la lumière. Il en est, du reste, des autres organes comme du cerveau ; s'ils ne reçoivent plus leurs stimulans accoutumés, ils subissent des troubles. Enfin le délire est dans des cas le résultat d'une perversion de l'action cérébrale ; dans d'autres, il reconnaît pour cause l'introduction dans le sang de certaines subtances qui agissent sur le cerveau. Ainsi les poisons aigus, les miasmes, les virus occasionnent le délire ; mais il est à remarquer que, parmi ces substances, il en est qui ont la propriété de déterminer des délires spéciaux : on peut citer comme telles les narcotiques, le camphre, les alcooliques, etc. Les alcooliques agissent de deux manières : soit qu'ils amènent immédiatement le délire appelé ivresse et qui n'a rien de remarquable, soit que par leur usage prolongé ils fassent naître le *delirium tremens*.

Traitement. — D'après ce que nous avons déjà dit, il est facile ; il doit porter sur la nature de l'affection. La suppression des causes doit fixer l'attention du praticien.

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

AVRIL 1836.

N° 14. — 5 Avril.

De la débilité considérée dans les maladies nerveuses en général, et de l'emploi des toniques dans l'aliénation mentale en particulier. Mémoire lu à la Société de médecine de Gand, le 7 avril 1835, par le docteur Guislain, médecin en chef de la maison d'aliénés à Gand.

> Entre la faiblesse et l'inflammation vraie, il se trouve plusieurs états qui refusent de se prêter aux divisions des médecins systématiques. — Barras, *de la Gastralgie.*

Là où la maladie se traduit par les signes d'une activité organique exagérée, là où l'examen cadavérique n'annonce plus de rapport entre les symptômes morbides et l'état pathologique des tissus, on a cru devoir toujours admettre l'*irritation*, dans le sens attaché au mode inflammatoire, à l'exaltation pure et simple des phénomènes vitaux : comme si des agens ne pouvaient, d'une part, détruire la vie dans sa source même, et susciter des réactions de l'autre ; comme si un érysipèle gangréneux à la jambe d'un hydropique ne résultait que d'une exaltation des forces, demandant comme moyens curatifs le régime antiphlogistique, les émolliens, les sangsues sur la partie enflammée.

Mais des progrès réels caractérisent la science au moment actuel. On revient à d'anciennes idées, mais à des principes qui, pendant plus de vingt-deux siècles, ont guidé les observateurs consciencieux. On est loin de ce temps où les maladies n'étaient considérées que comme des nuances diverses de la débilité, et déjà la doctrine de l'irritation ne nous reste plus que comme l'expression d'une brillante vérité, reconnue trop générale, trop exclusive dans ses nombreuses applications. L'action des causes débilitantes fixe l'attention ; plus que jamais on reconnaît des agens qui frappent l'organisme à l'instar des poisons, détruisant la vie sans irritation préalable; on reconnaît dans les maladies une qualité organique indépendante de l'irritation, une providence intérieure qui réagit lorsqu'une cause quelconque menace nos organes, dans l'atonie comme dans l'irritation, dans l'ataxie comme dans l'intoxication. C'est la connaissance des *puissances nocives*, comme disaient les anciens, et leur mode d'agir sur l'organisme que le médecin doit surtout prendre pour guide dans le traitement des maladies.

Or, il est reconnu que l'exagération des phénomènes vitaux s'identifiant avec les caractères de la douleur, des convulsions et du désordre intellectuel, *naît et se développe sous l'influence de la débilité comme sous celle d'un vrai surcroît de forces.*

A l'estomac, une irritation de la muqueuse, une inflammation de ce tissu, déterminent les nausées et le vomissement ; mais les nausées, le vomissement succèdent aussi à l'usage des alimens aqueux et mucilagineux. Ainsi les jeûnes prolongés, les alimens peu nourrissans déterminent dans l'estomac de vives souffrances; tandis que la douleur de cet organe caractérise, à son tour, les stimulations réelles, les inflammations, les ulcérations, les cancinomes de son tissu.

A la poitrine, mêmes phénomènes. Les anxiétés, les palpitations du cœur, la toux, l'asthme, sont dus à l'action des causes débilitantes, à la perte de sperme, de lait, à l'abstinence des alimens; mais les anxiétés, les palpitations, la toux et la dyspnée se présentent également comme symptômes d'une vraie irritation pulmonaire.

Au cerveau, l'usage inconsidéré des boissons conduit à l'exaltation cérébrale la plus désordonnée. C'est la *manie des ivrognes.* Mais la privation des spiritueux chez des hommes qui ont contracté l'habitude de s'enivrer, fait naître la même vésanie. C'est le *delirium tremens.* L'état convulsif provient, en certains cas, d'irritations du système nerveux, d'inflammations des méninges, de maladies du crâne; mais dans d'autres cas, les convulsions sont le résultat de causes déprimantes, telles que la frayeur; débilitantes, telles que les pertes de sang.

L'insomnie est un symptôme d'irritation cérébrale; mais il se présente dans les grandes débilités, souvent après de fortes déplétions sanguines.

Le tintement d'oreille est propre aux congestions cérébrales ; mais il appartient aussi à la débilité.

La sensibilité de la rétine s'exalte par l'habitude de travailler à la lueur d'une vive lumière ; mais elle s'exalte également chez les personnes qui se livrent avec excès aux plaisirs solitaires.

La pupille se dilate dans les irritations vermineuses, mais cette dilatation se retrouve comme symptôme de la débilité.

La céphalalgie frontale, l'hémicranie est due aux inflammations des méninges, à la trop grande réplétion de l'estomac, à l'indigestion, à des écarts de régime; mais cette douleur se déclare à la suite d'hémorrhagies

abondantes, accompagne la débilité de l'estomac, succède à l'abstinence des alimens.

Des douleurs lancinantes ressenties dans les membres sont propres à l'atonie de l'estomac ; elles le sont aussi à son état inflammatoire, et nous voyons la réaction fébrile naître par irritation et succéder à la débilité : par irritation dans les nombreux cas des maladies de ce nom ; par débilité après de fortes hémorrhagies, par exemple, dans les cas de pertes des fluides sécrétés, après la ponction dans l'hydropisie, dans le choléra ; dans ceux d'un épuisement lent des forces vitales, à l'approche de la mort chez les vieillards.

Voilà donc des modes d'être de la vitalité qui, tout en offrant entre eux des phénomènes identiques dans les caractères extérieurs de la maladie, présentent dans les causes qui les font naître une diversité d'action on ne peut plus frappante. Nous demanderons si ce n'est pas cette diversité qui constitue le fond, la nature des maladies?

Ainsi, lorsque dans le choléra le cœur réagit et rallume les forces éteintes, lorsque, dans le cours d'une maladie grave, il se déclare une diarrhée, un flux sanguin, une diaphorèse, une éruption qui dissipe le mal ; lorsqu'enfin dans la gangrène d'un os long nous voyons un cylindre osseux se former autour de l'os malade, faudra-t-il donc, dans ces efforts conservateurs de notre organisme, ne voir toujours qu'une irritation, qu'une tendance automatique du principe vital ?

Aux modifications les plus incompréhensibles de la vitalité, doit être rapportée l'action si variable, si diverse de nos médicamens donnés dans des circonstances en apparence identiques ; les exaltations les plus fortes se calment, dans une infinité de cas, par un traitement stimulant ou tonique. C'est ainsi que la cardialgie, dans laquelle les souffrances sont intolérables, s'aggrave par un traitement antiphlogistique, tandis qu'on la traite avec succès par les sédatifs et les toniques. Les arômes, les huiles volatiles, les éthers, conviennent dans les entéralgies nerveuses ; et il est prouvé que la plupart des maladies convulsives ne cèdent point aux agens débilitans, mais qu'elles se dissipent plus souvent par les toniques et les stimulans diffusibles. L'irritation développée par une seule cause peut affecter en même temps le système nerveux et le système vasculaire ; elle peut exiger d'une part des agens qui calment la douleur ou arrêtent les retours périodiques de la maladie, et de l'autre demander l'emploi des moyens qui dissipent l'érethisme vasculaire, l'état inflammatoire. L'effet des premiers, on l'obtient par les sédatifs, les narcotiques, les toniques ; celui des autres, par le régime débilitant, les émolliens et les déplétions sanguines. Ce traitement mixte, composé de la cure débilitante au début, de la cure antinévrosique au déclin du mal, n'est-il point de rigueur dans une infinité de cas, dans beaucoup de maladies cérébrales, par exemple, dans les affections qui siégent dans des organes à structure nerveuse, qui se déclarent chez des sujets dont le tempérament offre une prédominance du système nerveux, dans les fièvres intermittentes essentielles, dans le rhumatisme aigu, qui reste si souvent rebelle au régime sévère, aux saignées, tandis que les narcotiques et les agens antipériodiques emportent presque toujours ce mal? Que dire enfin de ces fièvres intermittentes qui tantôt naissent, tantôt se dissipent par une vive frayeur ; de ces névralgies, de ces inflammations caractérisant les fièvres masquées et pernicieuses, et dans lesquelles toute débilitation produit de si funestes suites? Je laisse à d'autres l'explication de telles irritations.

On n'a pas encore précisé les caractères qui, dans les maladies mentales, annoncent l'altération pure et *simple* du *système nerveux ;* on n'a point encore admis dans ces maladies un état de *débilité* caractérisée par un surcroît de *réaction fonctionnelle :* le terme de *mobilité nerveuse*, par lequel Cullen et d'autres après lui ont si bien désigné ce mélange d'irritabilité et de faiblesse, semble devenu un mot, sinon vide de sens, du moins déplacé dans l'histoire des irritations ; et c'est au diagnostic et au traitement des maladies mentales que j'applique particulièrement cette remarque, à la manie surtout, affection qui, à différentes époques, a passé par toutes les épreuves possibles du régime débilitant.

Il est une condition pathologique qu'il importe de ne point perdre de vue, et dont l'importance, il faut le dire, n'a point jusqu'ici été appréciée suffisamment ; c'est un certain ordre dans la succession des accès morbides, un type pendant lequel il s'opère dans la nature du mal même un changement consistant dans une progression de l'état actif au passif. Ce revirement dynamique (1), quoique ne s'annonçant pas par des symptômes toujours fort évidens, influe puissamment sur l'action des agens thérapeutiques ; il se retrouve dans toutes les maladies qui, par des accès successifs, marchent vers un apogée, et il se révèle surtout par une propension à la cachexie et une tolérance pour les agens toniques. C'est ainsi que, pour nous servir d'une comparaison, ce caractère morbide se présente d'une manière frappante dans les fièvres intermittentes ; ces affections, après s'être annoncées d'abord par une exaltation des forces exigeant l'emploi des débilitans, passent au bout de quelques accès à l'état asthénique, tout en conservant les caractères extérieurs de réaction.

Or, c'est ce passage de l'état de force à celui de faiblesse qu'il importe de saisir dans le traitement des phrénopathies ; c'est sur cette période du mal qui ne consiste que dans une mobilité nerveuse, qui n'est plus entretenue que par des habitudes fonctionnelles du système nerveux, que le médecin doit surtout diriger ses vues. Je me plais à citer ici le nom du docteur Barras, qui a rajeuni ce principe si bien connu de nos devanciers, en l'appliquant au traitement des gastralgies.

C'est avec raison que ce praticien habile dit qu'on ne peut se faire une idée des névroses, si l'on se borne à l'observation de leurs caractères extérieurs, et, sous ce rapport, le diagnostic offre des difficultés et exige des connaissances pratiques spéciales ; car le mal peut re-

(1) *Diadoxis* des anciens pathologistes.

vêtir le caractère d'une forte exaltation et reconnaître dans sa source un état de débilité. Toutefois, les phénomènes qui, dans les fièvres intermittentes, invitent à l'emploi des toniques fébrifuges, peuvent de même chez les aliénés nous servir de guides : or, presque tous se résument dans un état spécial du système sanguin, se manifestant par une décoloration, un amaigrissement plus ou moins prononcés, et une manière particulière d'être du pouls. Il est difficile d'indiquer l'époque à laquelle cette *mutabilité morbide* se déclare : les causes débilitantes, les hémorrhagies, les saignées, la favorisent ; elle se montre promptement, lorsque le trouble intellectuel éclate subitement ; elle est imperceptible, nulle, si la maladie procède lentement. Il est une période dans l'aliénation, et c'est de la manie surtout que nous parlons, caractérisée par la décoloration des lèvres, des bords des paupières et des ouvertures nasales; c'est à cette époque que le malade maigrit, que l'urine est pâle, décolorée, que le pouls offre une fréquence particulière sans dureté, annonçant la nécessité d'employer les toniques ; la figure est expressive, mais sillonnée, les traits sont douloureux, l'œil est mobile, et la conjonctive offre un état pathognomonique, une teinte bleuâtre qui acquiert quelquefois une intensité si forte, qu'elle se rapproche d'un bleu de ciel assez éclatant : cet état de l'œil se retrouve en effet chez tous les hommes faibles et délicats ; il appartient aux constitutions nerveuses ; on le trouve très-prononcé chez les femmes leucorrhéiques, chez celles épuisées par un allaitement prolongé ou par d'abondantes hémorrhagies menstruelles ; chez les personnes atteintes de fièvres intermittentes chroniques : et dans l'aliénation, la cyanose de la conjonctive est d'autant plus prompte à se déclarer que le malade s'est trouvé sous l'influence de causes directement débilitantes ; c'est ainsi que j'ai fait voir qu'elle se rencontre constamment chez ceux de ces malades qui refusent de manger.

La fréquence du pouls est en raison directe, chez les aliénés, de l'exagération des phénomènes intellectuels ; dans la manie, il offre une célérité d'autant plus remarquable que la névrose cérébrale est d'autant moins accompagnée de congestion sanguine ou lymphatique. Mais dans la période asthénique de cette maladie, la fréquence du pouls est extrême, de même dans les fortes douleurs physiques les pulsations sont à peine sensibles, au point que l'artère n'offre plus qu'une trémulation et semble vide. C'est alors que vous rencontrerez une couleur bleue très-apparente aux lèvres, aux ongles et au scrotum.

Après l'administration du sulfate de quinine seul ou combiné avec l'opium, les pulsations artérielles se relèvent ; d'abord il y a moins de fréquence dans leur succession ; ensuite les systoles deviennent plus sensibles, et, à mesure que le pouls gagne en force et diminue en fréquence, l'agitation cérébrale se calme, la loquacité décroît, le sommeil revient, et la convalescence se décide au moment où les pulsations ont acquis leur type normal ; la guérison est assurée, si un léger abattement musculaire succède au retour de la circulation. Quelquefois, dans la manie, le pouls offre une lenteur remarquable ; c'est lorsque cette maladie offre une propension à passer à l'extase ; et, dans les cas de cette nature, le moyen antipériodique ne m'a point paru avoir les mêmes chances de succès que lorsque le pouls offre l'extrême fréquence dont il s'agit.

L'occasion favorable à l'administration des toniques dans l'aliénation mentale ne se déduit point exclusivement de l'action des causes débilitantes, quoiqu'elles exaltent fortement l'irritabilité cérébrale (dans ce cas sont une lactation prolongée, des saignées, des hémorrhagies copieuses); la faiblesse du système nerveux est indépendante aussi de ces causes, et elle se présente plus souvent comme résultat de l'hypertonie organique. Toutefois, on ne peut considérer cette période d'invasion et d'accroissement morbide comme l'expression d'une irritation franche, et dans le sens attaché aux irritations inflammatoires ; car le traitement employé dans les phlegmasies n'a point, dans les maladies nerveuses, développées même sous l'influence des causes irritantes, ce succès éclatant et assuré qu'on obtient dans les phlegmasies. Le régime débilitant, les émolliens, calment bien les souffrances dans la période hypertonique des névroses et quelquefois les dissipent entièrement ; mais dans la plupart des cas, l'emploi des saignées, des sangsues, le régime affaiblissant, ne conduisent à rien moins qu'à exalter l'irritabilité morbide, et avec d'autant plus de promptitude qu'on a recours à ces moyens dans une période déjà avancée de la maladie ; or, l'expérience atteste le succès des toniques dans les maladies nerveuses, et il est étonnant de voir qu'on en ait si rarement invoqué l'usage dans les phrénopathies. J'ai fait ressortir ailleurs les avantages qui se rattachent à l'emploi des toniques dans les aliénations mentales; j'ai démontré l'utilité de ces moyens dans les mélancolies : d'autres faits sont venus confirmer ce que j'ai dit sur les vertus du sulfate de quinine dans ces espèces de maladies.

Ce qui arrête ordinairement les praticiens dans l'emploi des toniques chez les aliénés, c'est l'idée d'un état congestionnel ou inflammatoire du cerveau ; je vais donc tâcher d'établir les caractères spécifiques qui distinguent les phrénopathies avec altération névrosique, et surtout la manie, de ceux qui sont propres aux aliénations avec congestion.

L'exagération dans les attributs fonctionnels du cerveau caractérise l'état névrosique du cerveau chez les aliénés. La manifestation des sentimens, des passions, de la volonté, des idées est telle chez les maniaques, qu'ils franchissent, en un instant, tous les échelons des impulsions et des actes intellectuels ; un rien éveille leurs soupçons et provoque leur haine ; ils pleurent et rient presque en même temps : la mobilité de leurs traits est excessive ; l'élocution est facile chez eux ; leur force musculaire est prodigieuse, et tous leurs actes locomoteurs, quoique prompts et violens, sont admirablement coordonnés. Leur mémoire est exaltée ; ils se retracent les faits avec une netteté remarquable, et l'intelligence offre, par momens, une élévation, une lucidité à la-

quelle on ne s'attendrait guère chez des personnes qu'on croit dépourvues de cette faculté! Des myriades d'idées se traduisent par la parole, confuses, il est vrai, et sans enchaînement.

Ce qui frappe dans *l'état congestionnel*, c'est un affaiblissement graduel dans les actes du cerveau, en raison directe toujours de l'abondance du sang qui engorge cet organe. C'est ainsi que ce fluide comprime et gêne la fibre nerveuse dans ses fonctions, en même temps qu'il devient cause stimulante, et engendre des symptômes d'irritation. C'est le cas de tous les organes enflammés; car l'inflammation détermine d'une part des phénomènes d'irritation, de l'autre elle paralyse l'attribut fonctionnel de l'organe. Ainsi lorsque la rétine est le siége d'une congestion, la vue se perd, tandis que ce sens s'exalte fortement dans certaines névroses de cette membrane. Le coryza s'annonce toujours par l'abolition de l'odorat; et l'impressionabilité pour les odeurs s'accroît dans presque toutes les névroses par débilité. Dans les gastrites, l'appétit cesse, la chymification est impossible; et dans la cardialgie, au milieu des vives souffrances qui caractérisent cette maladie, l'appétit se soutient et les digestions se font bien : parfois une faim dévorante annonce le retour de cette affection.

Ainsi, dans l'engorgement inflammatoire du système cérébral des aliénés, il y a affaiblissement, extinction graduelle de la sensibilité considérée au moral comme au physique; le malade ne témoigne aucune douleur lorsqu'on irrite sa peau; il regarde sans voir et entend sans écouter; il est sans crainte, n'éprouve aucune aversion; sa volonté se trouve enrayée, sa force physique éteinte; ses traits sont immobiles, son élocution lente, confuse, impossible : ses mouvemens sont indécis, ses membres paralysés sont à la fin le siége de violentes irritations : et, du côté de l'intelligence, nullité complète, nulle conception; aucune appréciation des impressions de relation; extinction progressive des sentimens, de la mémoire, de toutes les idées; propension au sommeil comateux.

D'après cet exposé, il est facile de voir dans l'état névrosique une exaltation des phénomènes intellectuels, une réaction dans les forces cérébrales qui, conduisant à l'extase, au délire, à la démence, n'offre aucun indice d'un état paralytique, soit du système intellectuel, soit des muscles. Dans l'état congestionnel, la réaction cérébrale est impossible; les actes cérébraux sont enrayés. Toutefois, entre ces extrêmes il y a des états mixtes dans lesquels, d'une part, sont représentés l'exaltation fonctionnelle constituant la manie; de l'autre, la paralysie, la rigidité, les convulsions, la démence, phénomènes propres à la congestion. Dans cette occurrence l'aliéné offre en même temps et une exaltation des plus désordonnées et une soustraction frappante, caractéristique, des manifestations intellectuelles; la première s'annonçant par la manie, l'autre par la perte graduelle des idées de relation, par l'extinction de la mémoire, par la marche vacillante et les contractions subconvulsives des muscles. Dans tous les cas, l'état de la langue éclaircit le diagnostic; car dans les moindres congestions des hémisphères cérébraux elle s'embarrasse, sans que la bouche éprouve de déviation. On jugera d'après ceci de quelle importance il est d'avoir égard à la prononciation, lorsqu'il s'agit de l'emploi des toniques chez les aliénés.

Un type intermittent est propre à toutes les phrénopathies, appréciable seulement à la période accroissante ou au déclin de ces affections; car après des explosions dans lesquelles les accès morbides s'étendent progressivement, le mal acquiert, à la période stationnaire, un type continu. C'est ce caractère, également propre à la plupart des névroses, qui doit nous conduire à l'emploi des moyens antipériodiques. Sous l'emploi du fébrifuge chez les aliénés, et dans ces aliénations caractérisées par un état névrosique, les intervalles lucides se dessinent d'abord et s'élargissent à mesure que les accès morbides offrent une durée et une intensité moindres. Toutefois, il y a ceci de particulier dans les aliénations cédant à l'emploi des toniques, c'est que la convalescence n'est pas brusque comme il arrive lorsqu'on arrête les accès d'une fièvre intermittente; l'amélioration est graduelle; la guérison n'est complète qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois après l'emploi du remède, même administré à haute dose. Dans l'état congestionnel, les intermittences, la périodicité dans la succession des phénomènes cérébraux, se remarquent aussi; mais, n'étant point remplacées par une lucidité parfaite, elles ne sont, en quelque sorte, qu'ajoutées au groupe des symptômes annonçant la congestion. C'est le système nerveux qui, dans ses explosions réagissantes, se fait jour à travers les phénomènes appartenant à la lésion du système sanguin, à celle du système lymphatique. Toutefois ici se montrent des exacerbations véritablement fébriles, intermittentes ou rémittentes, précédées, dans beaucoup de cas, par des frissons auxquels succède une période de chaleur et une abondante diaphorèse. Lorsque l'engorgement sanguin a acquis une extension suffisante pour comprimer la masse cérébrale au point d'éteindre dans ce tissu la sensibilité, l'état fébrile alors ne se montre plus que par des accès que séparent de longs intervalles, et toujours accompagnés de symptômes formidables.

Misère, chagrin, frayeur, accouchement : dix-sept jours après, manie furieuse. Guérison par les toniques.

Obs. I. — Amélie Timmerman, âgée de 36 ans, entre à notre établissement le 27 mars 1834, offrant les indices d'une violente manie, caractérisée par des cris, des vociférations, des actes bizarres. Il résulte des renseignemens qui nous sont donnés qu'elle est veuve avec sept enfans, dont le plus jeune est illégitime, et âgé seulement de dix-sept jours. Durant l'accouchement, elle eut à essuyer de grandes privations, et depuis longtemps elle était exposée à la misère; il paraît même que, pendant le départ, elle éprouva de vives frayeurs, qui se renouvelèrent le cinquième jour de sa délivrance. Le trouble intellectuel se déclara subitement dix-sept jours après l'accouchement.

Du 27 mars au 2 avril, cette malade, isolée dans une

cellule spéciale, se fit remarquer par l'incohérence la plus complète dans les paroles, par sa voix rauque, ses cris, son état de fureur, par la faiblesse de son pouls; la couleur terne de sa face, la couleur bleue prononcée des conjonctives et la dilatation des pupilles. — Je prescris l'isolement et un régime tonique; de la gelée de viande et 20 grains de sulfate de quinine à prendre en vingt-quatre heures.

Continuation du même régime et du sulfate de quinine pendant huit jours; au bout de ce temps, amélioration sensible; expression des yeux naturelle. L'état convulsif des traits fait place à un regard de bonté; rien de déraisonnable dans la parole; elle annonce même une certaine culture de l'esprit. Il y a aphonie, et la malade parle à voix basse; le pouls est fréquent; la température de la peau normale.

Du 3 avril au 15 du même mois, l'amélioration est progressive; le sommeil est bon; la malade repose tranquillement dans son lit; les pupilles sont contractées; les joues s'injectent; le pouls est lent. La malade se plaint d'un vide qu'elle dit ressentir dans le crâne.

Par une erreur de la sœur servante, la malade parla à un de ses proches, et pendant cette entrevue elle eut à essuyer des reproches. Dès cet instant, elle fut agitée, ne dormit plus, les traits se décomposèrent, et une profonde mélancolie remplaça son état de calme et de tranquillité.

Par des soins assidus, la nourriture substantielle et le quinquina donné en décoction, on ramena la malade à la convalescence.

Elle quitta l'établissement le 20 du mois de juillet de la même année, dans un état de guérison parfaite.

Accouchement; caractère jaloux; manie furieuse; succès par les toniques.

Obs. II. — Madame T..., s'était fait remarquer dès les premiers jours de son mariage par une injuste jalousie, des soupçons et des accusations dirigées contre son mari. Après une année de mariage, elle mit au monde un enfant bien portant, et cet événement ne changea rien à son humeur. N'ayant pu donner le sein à son enfant, elle se sentit encore enceinte quelques mois plus tard, époque à laquelle les préludes d'une aliénation mentale se firent insensiblement apercevoir. Toutefois, l'accouchement se fit sans aggravement au moral. Madame T..., devenue enceinte d'un troisième enfant, l'aliénation fut cette fois-ci caractéristique. L'accouchement eut lieu au mois d'octobre 1834; et, quatre jours après la délivrance, éclata un accès de manie caractérisée par des transports furieux; je trouvai la malade dans un état de désordre extrême; il me semble encore entendre l'accent aigu et le ton emphatique de sa voix, qu'accompagnait un déluge de paroles incohérentes. Les yeux étaient saillans, assez fortement injectés; la face pâle; le pouls excessivement fréquent.

Au bout de trois semaines de délire, d'agitation, d'insomnie, on remarque moins de trouble le matin. Toutefois, il y avait une grande irrégularité dans ces rémissions fort incomplètes d'ailleurs. La langue était sèche et les lèvres étaient fendillées. Je donnai le camphre, mais sans succès.

La pâleur extrême de la face et des urines, la blancheur éclatante de la conjonctive, la trémulation du pouls, me firent avoir recours au quinquina, donné sous la forme d'une décoction concentrée.

Le lendemain soir, la malade éprouva un frisson suivi de moiteur à la peau. Je fis ajouter à la décoction 20 grains de sulfate de quinine; au bout de quatre jours de l'emploi de ce moyen, on eut une rémission complète, et six jours plus tard un intervalle lucide parfait de deux jours, suivi d'un accès de délire moins violent cependant que les précédens. A cette époque, la malade avait pris en tout 60 grains de sulfate de quinine et 6 onces de quinquina rouge en décoction. Le mieux-être continua.

14 novembre. Cinq semaines de maladie; le sommeil est paisible; une certaine dureté se fait sentir dans le pouls, mais il a perdu toute sa fréquence; la langue est pâle et large, il reste toutefois une propension à la loquacité, et la malade conserve un ton emphatique dans la conversation, dont elle se corrige cependant au bout de quelques jours.

Depuis cinq mois, cette personne est guérie; toutefois, son caractère jaloux primitif est resté au même degré; elle a même des momens d'humeur dans lesquels on observe une certaine intermittence morbide.

Accouchement, ménorrhagie, contrariétés; manie furieuse. Guérison par les toniques.

Obs. III. — Une fermière âgée de 39 ans, mère de quatre enfans, d'une constitution sanguine, robuste, entre à notre établissement le 3 juillet 1833, atteinte de manie.

Il faut isoler la malade dans une chambre obscure, car son exaltation est grande. Par ses vociférations, ses cris prolongés, elle porte le trouble dans toute sa division. Les idées de relation sont éteintes, et pendant plusieurs jours elle refuse avec obstination de manger. Elle se défait de ses vêtemens. Les traits sont douloureux et le pouls est très-fréquent.

Il résulte des renseignemens obtenus que la malade est relevée de couches depuis sept semaines seulement; que l'écoulement des lochies, d'abord abondant, s'est supprimé ensuite, et que ce flux s'est montré de rechef, mais à l'état hémorrhagique, malgré une saignée qui fut pratiquée sans avantage, et quinze sangsues appliquées à la tête; car la malade se plaignait de céphalalgie. On se tint à l'expectation pendant quatre semaines, pendant lesquelles le flux sanguin se supprima et reparut alternativement. A cette époque, cette personne eut à essuyer des contrariétés suscitées par des militaires logés chez elle; elle s'en affecta vivement, au point d'en perdre le sommeil et d'offrir les symptômes que nous venons de voir.

Elle passa quatre mois dans un isolement complet, sans qu'il fût presque possible de lui laisser quelque liberté. Pendant tout ce temps elle refusa de manger, et il fallut les efforts les mieux combinés pour vaincre sa résistance. Le pouls était d'une fréquence extrême, et les traits étaient décomposés.

En novembre, on fit un essai en la plaçant dans la division des aliénés tranquilles, mais il fallut reconduire la malade chez les maniaques.

En janvier 1834, j'eus recours au sulfate de quinine donné à la dose de trente grains administrés en vingt-quatre heures de temps, et continués pendant plusieurs jours.

On obtint un résultat tellement avantageux, que la manie fit graduellement place à un état de mélancolie et d'abattement. Le sulfate, après en avoir continué l'usage, fut remplacé par une décoction de quinquina; et au bout de deux mois de traitement, cette personne sortit de notre établissement dans un état de guérison parfaite.

Grossesse, contrariétés, colère; manie furieuse; succès des toniques; rechute par la lactation.

Obs. IV. — Joséphine M..., âgée de 38 ans, d'une complexion forte, sanguine, entre à notre établissement le 16 octobre 1834, enceinte de sept mois et demi.

Nos informations portent que, quelque temps avant son entrée, elle éprouva des revers domestiques suivis d'une violente colère.

Il faut l'isoler: elle se livre aux actes les plus extravagans, à la fureur la plus désordonnée. Afin de préserver l'abdomen de contusions, et de prévenir un accouchement prématuré, il fallut la lier dans son lit.

Le cinquième jour de son entrée, une rémission dans les symptômes morbides se fait remarquer vers le soir, et le lendemain un intervalle lucide fort court se montre à midi. Deux jours après, la rémission eut lieu le matin. Dans cet état de calme, les idées restent cependant confuses; toutefois nous pûmes laisser la malade libre dans son lit sans liens aucuns.

Après avoir pris une décoction saturée de quinquina, la malade offrit un allégement remarquable dans son état. Il restait encore un air de folie; l'aliénée m'appelait son frère. Je fis ajouter à la décoction tonique quinze grains de sulfate de quinine. Les nuits étaient encore agitées.

11 novembre, vingt-septième jour de son entrée, l'amélioration est remarquable: rectitude dans les réponses, plus d'illusions. La décoction est continuée: toutefois on supprime le sulfate de quinine. On accorde à la malade de voir un de ses parens. Elle a pris jusqu'ici 9 onces d'écorce du Pérou en décoction, et 50 grains de sulfate de quinine.

La malade fit de vives instances pour faire ses couches chez elle; contrariée de mon refus, elle devint rêveuse et mélancolique. Afin de prévenir une récidive, j'accordai sa demande, et dès cet instant son air morose disparut.

Retournée chez elle elle accoucha, le 1er décembre, d'un enfant bien portant. Dans le fort de l'enfantement, elle fut prise de délire pendant une demi-heure à peu près.

J'avais donné des injonctions précises à la malade pour qu'elle n'allaitât point son enfant; elle crut pouvoir les transgresser, et vers la fin de décembre, vingt-cinq jours après sa délivrance, elle se leva la nuit, et se livra à plusieurs extravagances. Rentrée à l'établissement, elle crie, frappe, se débat; le pouls est très-fréquent, la peau froide; les traits sont décomposés et les lèvres bleuâtres. (Isolement dans une chambre obscure; de la gelée de viande et une décoction de quinquina rouge, avec addition de 20 grains de sulfate de quinine).

Jusqu'au 21, refus de manger, voix rauque, couleur bleue des conjonctives. Dans la matinée du 23, la malade se défait de ses liens et vide d'un trait la fiole contenant la décoction et le sulfate. Dans l'après-midi du 24, elle eut un intervalle lucide de plusieurs heures. Le 25, rémission vers le soir durant une heure. (Décoction avec addition du 30 grains de sulfate de quinine et un grain d'acétate de morphine). Bonne nuit. Le 30, chants, loquacité, plaintes. — Cet état continue; et au moment actuel, mois de mars, la malade entre en convalescence.

Manie; intermittence complète; sulfate de quinine; guérison; rechute; gastrite.

Obs. V. — M.***, âgé de 60 ans, doué d'une constitution éminemment nerveuse, ayant éprouvé de grandes contrariétés, se sentait depuis plusieurs jours agité et livré à de sombres réflexions, lorsque, le 8 septembre 1834, il fut pris d'un accès de manie avec penchant au suicide.

Le malade fut d'abord saigné au bras, mais sans allégement; il quitta sa maison et se rendit dans une ville voisine, où il fit plusieurs extravagances. Reconduit chez lui, une saignée fut instituée au pied, et le soir une troisième déplétion fut faite à la même partie.

Lucidité complète pendant la journée qui suivit ces évacuations; mais le soir subitement et sans prodrômes, une manie éclata, qui dura pendant 24 heures. Il y eut encore un intervalle lucide d'un jour. Vers le soir, tristesse, loquacité, délire complet. Appelé en consultation, il fut résolu d'administrer dix grains de sulfate de quinine et un grain d'acétate de morphine, divisés en cinq pilules. Pendant trois jours il ne se fit remarquer aucun symptôme d'aliénation.

Le 13 septembre il se déclara le soir, vers sept heures, un symptôme étrange; une forte secousse se fit sentir à l'épigastre, que le malade compara à un coup électrique. Cette sensation se renouvela cinq fois dans quelques instans. Le malade s'en alarma fortement. Des symptômes de gastrite se déclarèrent, et il fallut supprimer le remède.

Le 14, les mêmes secousses se renouvelèrent vers le soir. Le sulfate de quinine fut donné en lavemens pen-

dant plusieurs jours, avec ce seul résultat que les secousses épigastriques cessèrent de se faire sentir; mais le moral se dérangea de nouveau; le sommeil était agité; le malade priait constamment à voix basse, et conçut une forte aversion pour sa fille unique. Il fallut supprimer le remède, l'état des premières voies s'opposant à son emploi. Dans la suite le trouble mental s'est aggravé au point de nécessiter la séquestration du malade.

Maladie de poitrine; manie, toniques; guérison.

Obs. VI. — Un vieillard âgé de 60 ans avait séjourné pendant plus d'un an à l'hôpital civil, atteint d'une affection de poitrine caractérisée par des symptômes d'asthme, lorsqu'au mois de juin 1834, après avoir épuisé tous les secours de l'art, une manie se déclara, qui détermina le médecin de service à renvoyer ce malade et à le confier à nos soins.

Jour et nuit cet aliéné inquiète ses camarades par sa loquacité, ses cris et ses chants; une incohérence complète règne dans ses idées; toutefois les idées de relation persistent. Le pouls est fréquent, petit, trémulent; l'urine est claire, la face contractée; les yeux sont saillans, scintillans; les conjonctives cyanosées, et la chaleur de la peau est diminuée.

L'ensemble de ces phénomènes annonçant une lésion du système nerveux j'eus recours au quinquina donné en extrait, et à la dose de 2 drachmes par jour. Le succès de ce moyen fut tel, qu'au troisième jour de son emploi le désordre intellectuel avait totalement cessé. Le remède fut continué pendant deux mois. Mais à peine les symptômes cérébraux avaient disparu, que le mal de poitrine recommença de nouveau.

Jusqu'à la mort du malade, qui arriva huit mois après la cessation du trouble intellectuel, il n'éprouva pas la moindre rechute.

Treize ans; malheurs; manie; guérison par un régime fortifiant.

Obs. VII. — Une fille âgée seulement de 13 ans est apportée à notre établissement dans un état de manie complète. Sa figure porte l'expression de la rage et de la frayeur; le regard est souffrant, plaintif; les yeux sont saillans, la conjonctive brillante et cyanosée, les pupilles dilatées; les lèvres sont sèches et pâles; tout le corps est maigre; le pouls offre une fréquence extrême, et la peau est froide au toucher. Dès qu'on adresse la parole à la jeune malade, elle pousse des cris, bat des jambes et parle un langage incohérent. Il résulte des renseignemens fournis sur la cause de sa maladie, qu'elle fut très-malheureuse par suite du décès de sa mère, qu'elle fut repoussée par l'homme que sa mère avait épousée en secondes noces; qu'elle était à la charge d'un oncle qui la renvoya chez une tante, et qu'elle sollicita en vain l'appui de ses proches. Deux mois après la mort de sa mère, il se déclara chez elle une manie caractérisée par les symptômes que nous venons d'indiquer.

Je prescrivis quinze grains de sulfate de quinine incorporé dans du sirop d'amandes; mais le remède ne fut pas pris, car au moindre effort pour le faire accepter, la malade déploya une violente résistance. Je ne voulus point l'irriter, et remplaçai ce moyen par la gelée de viande, que la petite malade prit volontiers et en abondante quantité. Déjà au bout de cinq à six jours, on remarqua une amélioration sensible dans son état; elle ne pleurait presque plus. Le sommeil revint, et les yeux moins hagards exprimaient plus de calme. Insensiblement le désordre intellectuel disparut comme par enchantement; et jusqu'à l'entière convalescence on continua l'usage de la gelée de viande jointe à d'autres alimens analeptiques. L'enfant gagnant de l'embonpoint, on la mit au régime ordinaire.

Manie à dix-huit ans; guérison au bout de six mois; retour de la manie à vingt-deux ans; invasion tous les dix-huit jours, et pendant quatre années successives; guérison par le sulfate de quinine.

Obs. VIII. — N. D... fut pris, à 18 ans, d'une phrénopathie qui paraît avoir offert tous les caractères de la manie, et qui avait succédé à des contrariétés, et même à une frayeur assez vive. Cette première explosion du mal se dissipa au bout de six mois.

A 22 ans, nos commotions politiques agissant vivement sur le moral de cette personne ne tardèrent pas à provoquer le retour de sa manie, qui, cette fois-ci et dès le début, se caractérisa par des intermittences très-prononcées et un type régulier remarquable; car tous les dix-huit jours il y eut un retour de la maladie, et chaque fois la durée et l'accès était de quinze jours environ. Le malade était triste à chaque invasion, abattu pendant un ou deux jours; mais bientôt les traits changèrent; une gaîté enfantine, un rire continuel remplaça cet état, jusqu'à ce que des impulsions fantastiques portèrent le malade à déchirer ses habits, à briser ses meubles. Le dixième, le onzième jour, il survint un assoupissement, qui se termina par le retour à la santé. Pendant les intervalles lucides, le malade jouit d'une intégrité intellectuelle parfaite, vaquant à ses affaires et assistant même aux divertissemens publics vers lesquels sa position sociale le ramenait sans cesse. Le retour des accès était tellement régulier, que pendant tout le cours de sa maladie, ils n'ont jamais dépassé le terme de dix-huit jours.

La maladie durait depuis quatre ans, lorsque je fus consulté. Les saignées, les sangsues à la tête, à l'anus, avaient été invoquées souvent, largement instituées, mais sans le moindre succès. J'eus recours au sulfate de quinine, que je donnai pendant les intervalles lucides et durant quatre mois successifs, au point que le malade en consomma une très-grande quantité; car à chaque période lucide il en prit à peu près deux scrupules. Un grain d'extrait gommeux d'opium fut donné tous les jours pendant la même période.

Cette médication eut pour résultat de diminuer d'abord l'intensité des accès, sans en arrêter le retour régulier; mais tout à coup, au mois de septembre 1834, les accès ne reparurent plus. Un léger amaigrissement, un calme parfait au moral m'annoncent, au moment actuel, une guérison durable.

Les faits que nous venons de rapporter attestent des succès constatés : chez Joséphine M...., une rechute fut déterminée par une cause affaiblissante, l'allaitement; chez un autre malade, une inflammation du tube digestif me fit renoncer aux toniques : nous voyons l'irritabilité cérébrale s'exalter après de fortes hémorrhagies, après la saignée; nous voyons même une de nos malades dans son état de grossesse être prise d'aliénation mentale à la suite d'un accès de colere, et malgré cette stimulation cérébrale qui parle si haut en faveur d'un état actif du cerveau, nous voyons la disparition des symptômes morbides succéder à l'usage du tonique-fébrifuge.

Je me garde toutefois de considérer cet agent comme une panacée offrant, dans tous les cas éventuels, des résultats assurés : car bien des fois je l'ai employé sans aucun succès. Ce succès même se rattache parfois à une tendance déjà existante vers la guérison, de manière que le remède ne fait qu'accélérer une convalescence tardive. Il est reconnu d'ailleurs que l'administration des toniques, comme de tout autre médicament, est difficile chez les aliénés : ils croient voir dans tout ce qu'on leur fait prendre, une substance nuisible à leur santé, un poison même. Je dirai plus, la constitution actuelle de l'atmosphère m'a paru favoriser depuis quelque temps l'action de ces moyens; et sous ce rapport il y a identité entre ce que nous observons chez les aliénés, et chez beaucoup de malades atteints de névroses. Il paraît même que ces maladies, ainsi que les fièvres intermittentes, depuis l'irruption du choléra, du moins dans nos provinces basses et voisines des polders, ont pris une intensité que nous ne leur connaissions pas avant l'apparition du fléau indien. Qui de nous, en effet, n'a point remarqué, depuis la dernière invasion de cette maladie, une apparition insolite de névralgies, de la tête surtout, se manifestant sous la forme inflammatoire, et qu'on combat avec un succès assuré par les agens fébrifuges?

Mais, sous un autre rapport, nos recherches nous ont semblé avoir de la portée, en ce qu'elles nous font voir les aliénés, soumis à l'action du sulfate de quinine, le supporter sans offrir la moindre exaltation cérébrale. J'ai donné ce médicament à de très-fortes doses: j'en ai continué l'usage pendant plusieurs mois, sans que jamais des symptômes aggravans se soient manifestés : et sous ce rapport, le cas de Joséphine M..., enceinte de sept mois, forte et pléthorique, récupérant sous l'emploi des toniques sa santé morale, est, je crois, propre à fixer l'attention des praticiens. L'état de grossesse seul aurait, je n'en doute point, conduit plus d'un médecin à combattre le trouble intellectuel par les déplétions sanguines. Or, dans les cas d'aliénation mentale avec caractère névrosique, résistant à l'action du sulfate de quinine, je ne saurais attribuer l'insuccès du remède à des qualités trop excitantes; son inefficacité m'a semblé plutôt dépendre d'un manque de vertus médicamenteuses assez prononcées, assez puissantes.

A cet égard, je ferai observer en passant que j'ai vu, et je dirai avec étonnement, des maniaques furieux supporter de fortes doses de boissons, telles que la bière, le vin, l'eau-de-vie même, être pris d'un degré d'ivresse assez prononcé, sans offrir le moindre aggravement dans leur maladie : dans des cas j'ai même observé de l'allégement, après un premier degré d'ivresse, et nous connaissons l'effet salutaire produit dans la manie des ivrognes par le vin et l'opium.

Nous voyons dans les cas qui précèdent des hémorrhagies utérines, des saignées employées pour les combattre, exalter outre mesure l'irritabilité cérébrale. Or, des praticiens à qui l'étude des maladies mentales est familière, ont fait voir combien les évacuations sanguines exercent une influence fâcheuse sur le cerveau : et malgré les suites les plus déplorables auxquelles conduit la saignée dans les maladies mentales, il est vraiment douloureux de voir avec quelle aveugle confiance on a recours à ce moyen dans le traitement de ces maladies.

Loin de moi, toutefois, de vouloir exclure la saignée du traitement des phrénopathies; ce serait tomber dans l'erreur que je m'efforce de combattre, ce serait établir des propositions trop générales, et qui, de tout temps, ou fait un mal incalculable à la science. La saignée peut être utile dans les maladies mentales, pour prévenir des congestions, des désorganisations du tissu cérébral; des observations prouvent même qu'instituées au début du mal, elles en ont quelquefois arrêté la marche, et, sous ce rapport, le désordre intellectuel se rapproche des maladies nerveuses dans lesquelles parfois une saignée emporte le mal. Mais de telles réussites sont rares chez les aliénés; car je puis attester que, depuis plus de quinze ans que je dirige mon observation sur ces malades, il ne s'est point encore présenté dix cas desquels je puis dire que les déplétions sanguines ont opéré une guérison complète. J'ai fait à mon établissement le relevé des aliénés entrés pendant plusieurs années, après avoir été saignés plus ou moins souvent, et, à de très-faibles exceptions près, j'ai pu constater un aggravement dans les symptômes. Ces moyens calment bien en apparence l'irritabilité du cerveau, quelquefois ils donnent aux intervalles lucides un caractère intermittent prononcé; mais, dans le grand nombre des sujets, ils préparent à l'incurabilité : je dirai plus, dans les cas de congestion cérébrale, les saignées n'ont pas le succès qu'on serait en droit d'en attendre chez les aliénés, comparativement à leur efficacité dans d'autres maladies avec congestion inflammatoire du cerveau : elles arrêtent la propension à l'état comateux, rendent la marche tant soit peu plus libre, dissipent même la contracture des muscles; mais elles sont sans effet appréciable sur le moral proprement dit; le trouble intellectuel augmente progressivement, au milieu de l'allégement apparent suite des soustractions sanguines. Or, le succès de ces moyens est si peu constaté dans les cas de

congestion, de ramollissement cérébral, que je dois à la vérité de dire, que je ne me souviens pas d'avoir guéri un seul aliéné offrant de l'embarras dans la prononciation et une marche plus ou moins vacillante. L'unique résultat est souvent de rendre la maladie stationnaire, de progressive qu'elle était dans sa marche.

Je termine cet exposé par la relation d'un fait qui prouve jusqu'à quel point on peut porter l'exagération dans l'emploi des agens thérapeutiques dont il s'agit.

Obs. IX. — Un jeune homme atteint de manie entre à notre établissement, et, à ma visite du lendemain, je le trouve mort dans sa couche; les paupières ouvertes, les doigts contractés; les avant-bras fléchis et serrés contre le sternum, les genoux élevés; la peau est d'une blancheur remarquable. L'ouverture du corps ne laisse voir aucune lésion organique appréciable. L'arachnoïde offre une parfaite transparence; nulle part on ne trouve de sang dans les vaisseaux encéphaliques. Le cœur est d'une exiguité frappante; on dirait qu'il a subi de violentes contractions dans les dernier instans. Nulle apparence de suicide; trace toutefois d'une petite incision faite à la tempe gauche.

Voici les renseignemens que j'obtins plus tard sur les antécédens de ce malade. Élevé par des personnes étrangères, il ignore sa naissance jusqu'à l'âge de 19 ans, et conçoit à cette époque des soupçons qui ne tardent pas, après des recherches multipliées, à lui donner quelque certitude sur ses parens. Jour et nuit il s'occupe de ce secret; il paraît avoir l'esprit troublé; et après bien des recherches et des démarches, il se rend dans une ville de France, où il parvient à découvrir sa mère qui occupe un rang distingué dans la société. Après plusieurs jours d'hésitation, il se ménage une entrevue avec cette dame, mais il est repoussé, et avec dureté. A l'instant même il quitte la ville, se rend dans un village voisin, où déjà les symptômes d'une aliénation décidée se manifestent la nuit de son arrivée. Le chirurgien de l'endroit lui ouvre une veine au bras, et il paraît que le sang coula abondamment. Dans la journée qui suivit cette opération, le malade éprouva de fortes anxiétés, et une seconde saignée lui fut pratiquée. Alors on le conduisit à Gand, où il fut confié aux soins d'un médecin qui lui fit appliquer vingt sangsues aux tempes. L'aliénation prit un caractère de forte exaltation; l'aliéné ne dormait plus et était affecté d'un tremblement général. Pendant un jour il fut calme; mais bientôt les anxiétés et les propos décousus, le besoin de marcher, de quitter la maison, se montrèrent de nouveau. Après quinze jours de manie, on invoqua le secours d'un autre médecin qui pratiqua une saignée du pied. Le malade refusait de manger, restait debout dans un coin de sa chambre, et ne répondait mot aux questions qui lui étaient adressées. Le lendemain une artère temporale fut ouverte, et on eut de la peine à arrêter l'hémorrhagie, qui fut abondante. Un tremblement violent succéda à cette dernière déplétion, alternant avec les transports les plus violens. C'est dans cet état qu'au bout de quelques jours ce malheureux avait été conduit dans notre hospice.

—

Guérison remarquable d'une épilepsie; par M. Taillefer, D. M. à Honfleur.

Au mois de juillet 1834, le nommé Tesson, cultivateur à Vasony, près Honfleur, vint me consulter pour son fils qui, depuis six ans, est sujet à de fortes convulsions doublement inquiétantes et par leur fréquence, et par la perte de connaissance dont elles sont suivies.

Désirant me rendre témoin de la maladie de son fils, il voulut me l'amener pendant quelque temps. J'y consentis, mais, bientôt fatigué d'une expectation inutile, je les engageai à cesser leurs visites.

Ce congé ne fut point accepté.

Un jour que j'étais absent, il se déclara, en présence de ma femme, une attaque dont le père fut averti par un cri aigu; de suite il s'élança sur son fils, qui s'était levé précipitamment, mais le choc fut si subit que l'un et l'autre furent renversés. Lorsque j'arrivai le père avait la figure ensanglantée par une déchirure au front occasionnée par sa chute sur l'angle de la table à manger, et son fils, dont je m'occupai peu, car l'état de ma femme réclamait de prompts secours, n'avait pas encore recouvré entièrement connaissance.

Cette scène affligeante ne les détourna point, cependant de leur projet. Quelques jours après, pendant que nous causions dans mon cabinet, un cri perçant fut pour moi le signal de l'invasion de l'attaque, et pendant que le père tenait son fils dans ses bras je l'examinai à loisir.

Bientôt je demeurai convaincu que j'avais assisté à une attaque de mal caduc, dont je juge inutile de donner la description, attendu qu'elle ne m'a rien offert que de bien connu.

Une circonstance curieuse et que je n'ai pu observer par moi-même est la suivante : à l'instant de l'attaque, ce malade, s'il n'est point retenu, au lieu de tomber comme la plupart des épileptiques, court en obliquant à gauche; puis au bout de deux ou trois minutes, si des obstacles quelconques ne l'ont point arrêté dans sa course, il tombe, et l'accès cesse presqu'aussitôt.

Cette circonstance inquiétait beaucoup ses parens qui, malgré une surveillance active, redoutaient quelque catastrophe.

Ce jeune homme, âgé de 17 ans, eut, il y a six ans, une grande peur qui fut suivie de convulsions légères. Comme avant cette époque il n'avait jamais rien éprouvé de semblable, il ne reste aucun doute sur l'origine de sa maladie.

Le mal s'augmentant de jour en jour, sa famille prit l'avis de médecins qui conseillèrent les émissions sanguines et l'usage d'une tisane de valériane. Son état n'en fut nullement amélioré.

C'est quelques mois après la suspension de ce traitement qu'on me consulta.

Chez cet épileptique l'intelligence est plutôt enchaînée qu'annihilée. Il répond avec hésitation, mais avec justesse aux questions qu'on lui adresse. Sa mémoire est médiocre. Il dit éprouver de temps en temps des étour-

dissemens légers et fugaces, particulièrement quand il doit être pris d'une attaque. Après celle-ci, il conserve un souvenir très-confus de ce qu'il vient d'éprouver. Forcé par son infirmité de vivre retiré, il marque le plus grand désir d'être guéri.

Tel était très-succinctement l'état de ce malade, lorsqu'il fut soumis à mon observation.

Je ne regardais pas son mal comme incurable, mais j'étais incertain, touchant la médication à employer, lorsque le souvenir des expériences du Dr Siedler sur l'efficacité du zinc, et les succès obtenus par Dupuytren d'une médication a peu près analogue me décidèrent en faveur de ce dernier moyen. Voici ma prescription :

Ouvrir un cautère au bras.

Prendre chaque jour les pilules suivantes :

Prenez :	Oxide de zinc,	8 grains.
	Extrait de jusquiame,	1 grain.
	Valériane en poudre,	10 grains.
	Sirop simple q. s. M. F. 4 pilules.	

Plus tard je portai la dose du zinc à 12 grains, et celle de la jusquiame à 2 grains.

Dans les six premiers mois de ce traitement les accès devinrent plus irréguliers ; quelquefois ils cessaient pendant quelques jours, puis ils reparaissaient avec peu de violence ; le malade en avait jusqu'à quatre dans les 24 heures.

Insensiblement ces attaques, quoique fréquentes, perdirent de leur violence, au point même que le malade ne se plaignait plus que des vertiges.

Elles devinrent également plus rares, puis enfin elles cessèrent complétement après plus d'un an du traitement ci-dessus, pendant lequel je pratiquai deux saignées.

Depuis huit mois ce jeune homme n'a pas cessé de se bien porter. Sous le rapport des facultés physiques et morales, il s'est opéré un grand changement ; et pour ne parler que de ces dernières, je ferai remarquer que sa mémoire d'abord médiocre, est devenue heureuse, et son intelligence plus étendue.

Ce jeune homme est actuellement au Hâvre, garçon limonadier chez le capitaine Gallon, qui commande le bateau à vapeur du Havre à Honfleur. Ses nouvelles habitudes consolideront, je n'en doute pas, sa guérison.

Je traite maintenant par les mêmes moyens une jeune épileptique sur laquelle on a essayé inutilement l'essence de térébenthine d'après les conseils du célèbre Flaubert, et l'indigo d'après les miens.

Observation de rectocèle vaginal, maintenu réduit par un pessaire spécial; avec des réflexions, par M. Malgaigne.

J'ai annoncé il y a quelques mois, à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, que je venais de constater l'existence d'une maladie nouvelle chez la femme, nouvelle en ce sens qu'aucun accoucheur, aucun écrivain spécial n'en a parlé, et qu'elle a toujours été confondue avec des affections fort différentes. Il s'agit de la chute du rectum à travers la vulve, à laquelle, pour plus de brièveté, j'ai donné le nom de *rectocèle vaginal,* sans me dissimuler les objections que pourront adresser les grammairiens à la composition de ce mot hybride, demi-latin, demi-grec. Il m'a paru court, net, facile à comprendre ; et je ne demande pas mieux que d'en adopter un meilleur.

Le rectocèle vaginal n'est pas bien rare ; car si j'en juge par les faits qui me sont propres, il est plus commun que les chutes de matrice, et bien plus commun surtout que les prolapsus simples du vagin ; le cystocèle vaginal seul l'emporte sur lui pour la fréquence. Je l'ai vu d'ailleurs à tous les degrés, et peut-être dans toutes les variétés ; simple ou compliqué de cystocèle, de prolapsus utérin, et de ces deux affections à la fois. Ce n'est pas ici le lieu d'en tracer une histoire complète ; je veux seulement montrer par une observation quels sont les signes auxquels on peut le reconnaître, les graves inconvéniens qu'il entraîne, et le moyen de contention auquel mes essais m'ont amené, et qui m'a jusqu'à présent le mieux réussi.

La veuve Pont..., âgée de 47 ans, se présenta au bureau central, à la visite du 9 novembre, pour une chute de matrice, dit-elle, qu'elle portait depuis l'âge de 22 ans, et qui lui était survenue quelques jours après sa première couche. Ce n'était d'abord qu'une petite tumeur, qui grossit par la suite, surtout après chaque nouvel accouchement. La malade a eu en tout six enfans. Je l'examinai ; je reconnus un rectocèle vaginal simple, faisant saillie hors de la vulve, de la longueur d'un pouce ; l'indicateur introduit par l'anus, et pouvant plonger jusqu'au fond de cette tumeur, ne laissait aucune espèce de doute. La malade, interrogée en courant, dit seulement que les selles étaient difficiles, que dans les efforts la tumeur sortait davantage, et que l'anus se renversait quelquefois en même temps ; les matières étaient dures et écorchaient le fondement en passant. M. Blin, bandagiste du bureau central, lui appliqua un pessaire rond ordinaire, et la coucha sur ses papiers comme atteinte d'une chute de l'utérus ; mais je l'engageai à me revenir voir.

Exposons maintenant la série des accidens éprouvés par cette malade, que j'appris plus tard avec peine, et à force de multiplier mes questions.

La difficulté de la défécation datait de l'apparition du rectocèle ; elle augmenta peu à peu en même temps que la tumeur ; les selles devinrent dures, et il fallut multiplier les lavemens pour les faire descendre ; et la crainte de la douleur engageant la malade à les retenir le plus longtemps possible, la constipation s'en accrut encore. Bientôt il fallut cinq et six lavemens pour obtenir quelques portions d'excrémens à peine délayés, quand le besoin devenait bien urgent ; en outre elle se mit à l'usage quotidien de pilules purgatives. A part ces grandes occasions, la malade était obligée de prendre deux lavemens par jour, sans quoi elle sent, dit-

elle, *quelque chose qui lui remonte*, et qui cause de l'oppression et des étouffemens. Lorsque ses quatre et cinq lavemens de suite n'évacuaient pas suffisamment les intestins, les étouffemens redoublaient, allaient jusqu'à l'angoisse, et déterminaient enfin des crises nerveuses terribles. Elle en vint à cette extrémité que, pour ne pas éprouver si souvent la nécessité d'aller à la selle, elle retrancha sur sa nourriture accoutumée; aussi, de grasse et bien portante qu'elle était, elle est devenue faible, maigre, valétudinaire. Elle se sent l'estomac faible, délabré; la digestion se fait mal; elle est sujette aux défaillances. Il y a dix ans qu'aux autres symptômes s'est joint un mouvement fébrile très-prononcé, qui dès-lors a toujours persisté; revenant presque tous les jours, ne laissant jamais du moins plus d'un jour d'intervalle; quelquefois dans la journée, plus fréquemment le soir, débutant par des frissons; puis vient la chaleur et une forte céphalalgie, et de la pesanteur dans tous les membres. Quand le temps est humide ou quand elle est en proie à des émotions morales pénibles, elle a des frissons deux ou trois fois par jour.

L'anus lui sort quelquefois dans de violens efforts; ce prolapsus est léger, de la grosseur de la phalange au plus, et date de son enfance. Je me suis assuré, en lui faisant soulever un lourd fardeau, que ce renversement de l'anus ne diminuait en rien la tumeur recto-vaginale, qui augmentait même durant cet effort. Enfin, pour compléter le tableau, elle est sujette à des attaques de goutte qui se portent quelquefois sur la tête et la vessie; il y a deux mois qu'elle n'en a pas eu. Ses règles commencent à se déranger, et elle a déjà éprouvé quelques pertes à des époques innaccoutumées.

Le 17 novembre, elle vint me voir : le pessaire était placé obliquement de haut en bas, d'arrière en avant, de manière qu'il soulevait la paroi postérieure du vagin, et avait de beaucoup diminué le volume de la tumeur. Mais, sans doute par son volume et la forte pression qu'il exerçait en arrière, il avait rendu les selles encore plus difficiles; l'anus, resserré en tout temps, était pris depuis son introduction d'une contraction spasmodique qui s'opposait même à l'entrée de la canule d'une seringue ordinaire; il fallut donc enlever ce pessaire. Dès-lors elle put prendre des lavemens et aller un peu à la selle à l'accoutumée; mais la tumeur reparut aussi grosse qu'auparavant.

Le 21, j'appliquai un pessaire en entonnoir en caoutchouc, de la fabrique de M. Cresson, qui pénétra facilement et parut sur l'instant maintenir assez bien le rectocèle. Ce pessaire fut très-bien supporté, détermina à peine un très-léger écoulement, et n'accrut pas la constipation comme le précédent; mais il la laissait presque au même degré, en sorte que trois à quatre lavemens étaient encore nécessaires pour obtenir quelques fèces; et dans les efforts la tumeur sortait encore, réduite, à la vérité, à la moitié au plus de son volume primitif. Toutefois l'estomac faisait mieux ses fonctions, et les défaillances avaient cessé; et cette amélioration était bien certainement due à l'emploi du pessaire; car, l'ayant ôté un jour, les maux d'estomac et les défaillances la reprirent, et cessèrent ensuite quand elle l'eut réappliqué.

Cependant ce résultat était trop léger pour me satisfaire; j'imaginai que, si à la queue du pessaire en entonnoir, je surajoutais un autre entonnoir beaucoup plus petit et renversé de manière à donner à l'instrument la forme d'un sablier irrégulier, je refoulerais en arrière la tumeur d'une manière constante. Je donnai ces indications à M. Cresson; mais la difficulté de fabriquer cette nouvelle forme de pessaire avec le caoutchouc, fit qu'il ne réussit pas d'abord; le premier qu'il m'apporta offrait simplement une queue large de dix à douze lignes, sans renflement. Je l'appliquai néanmoins le 8 décembre. Il contint mieux que le précédent, laissa moins de gêne, et favorisa beaucoup les selles, car elle allait à la garderobe avec deux lavemens; et cet heureux succès l'enhardit tellement, qu'elle cessa l'usage de ses pilules. Les digestions se firent mieux aussi; et l'oppression qui suivait toujours chaque repas, disparut presque entièrement. Le pessaire ne causait aucune douleur; il ne détermina pas non plus d'écoulement durant les trois premiers jours; mais alors survint une perte qui dura jusqu'au 21, et pendant laquelle l'instrument resta en place. La perte cessée, ma malade me vint revoir le 22.

M. Cresson m'avait fait un autre pessaire qui approchait plus de mon idée, mais ne la remplissait pas encore; c'était un pessaire en entonnoir dont le sommet offrait un renflement circulaire de deux lignes de saillie. Je le substituai au précédent, qui laissait encore sortir un peu de la tumeur; il réussit mieux d'abord; mais comme le renflement inférieur était trop peu épais, la pression des parois vaginales l'affaissa et rendit au pessaire sa forme conique; la malade s'en aperçut bien vite; trois lavemens devenant nécessaires pour avoir des selles.

Elle ne put revenir que le 10 février; elle avait eu une perte et une attaque de goutte. Alors je possédais enfin un pessaire de la forme voulue, et à laquelle je n'ai fait depuis que de très-légères modifications. Je le mis en place; la hernie fut parfaitement contenue. Le 18 février arriva une perte qui dura jusqu'au 3 mars, en sorte que je ne la revis que le 8 de ce mois; il y avait environ un mois qu'elle portait son pessaire. Il avait causé les premiers jours quelques légères douleurs qui avaient cédé à l'application d'un cataplasme. A part cet accident, le pessaire maintenait parfaitement la hernie, et en faisant soulever un fardeau à la femme, on voyait la partie postérieure du vagin se plisser en rides transversales au-dessus du pessaire, mais sans former de tumeur; l'appétit était bon, la digestion facile; la fièvre quotidienne avait beaucoup diminué; depuis le 10 février elle n'a eu qu'une seule fois un peu d'oppression; enfin, le 5 mars elle avait fait des courses assez longues et pénibles pour lui causer des douleurs dans les deux aînes; et elle n'avait rien ressenti du côté de la tumeur. Les selles se font avec l'aide seulement de deux demi-lavemens, et avec une facilité à

laquelle depuis longtemps elle n'était plus accoutumée.

Je ne l'ai pas revue depuis le 8 mars.

J'ai donné cette observation tout entière, malgré sa longueur, à raison de l'importance qu'elle me paraît offrir. Sans doute, toutes les malheureuses femmes qui portent de ces prolapsus n'éprouvent pas des accidens si graves ; mais il ne s'agit que du plus ou moins ; et la constipation rebelle, opiniâtre, doit amener à la longue des désordres ensuite bien difficiles à guérir. J'ai dit que cette affection est fréquente; on la confond le plus généralement avec une chute du vagin ou de l'utérus; mais je possède l'observation d'une femme qu'un médecin traitait par des purgatifs pour vaincre une constipation qu'il ne savait à quoi attribuer; elle avait un rectocèle vaginal. Du reste, déjà plusieurs praticiens ont mis à profit les idées que j'avais émises ; M. Cresson vient d'appliquer avec succès un de mes pessaires à une dame qui avait essayé de tous les autres, et qu'on avait traitée jusque là pour un prolapsus vaginal; tant il est vrai que le diagnostic fait plus de la moitié de l'art.

MALGAIGNE.

N° 15. — 9 AVRIL.

Mémoire sur les fistules vésico-vaginales, et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire; lu à l'Académie des sciences, le 14 février 1836, par M. JOBERT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

(Troisième et dernier article.—Voir le tome IV (2e Série).

J'eus alors l'idée de placer entre les bords de la fistule ravivée un lambeau de chair, destiné à y être maintenu jusqu'à la fusion complète avec la plaie, de cette espèce de greffe animale.

Je mis cette idée à exécution le 2 juillet 1834. Je me proposais, dans mon procédé, de tailler un lambeau qui dût remplacer la perte de substance, de maintenir le lambeau en place, et de rétablir le cours des urines.

Comme on le voit, ce procédé est une espèce d'ente animale, de restauration à laquelle j'ai donné le nom d'élytroplastie. Il se compose de quatre temps : 1° du ravivement des bords de la plaie; 2° de la formation du lambeau ; 3° de la suture ; 4° du rétablissement du cours des urines.

Avant tout, il faut raviver les bords de la fistule avec l'instrument tranchant; j'ai dit plus haut pourquoi j'aimais mieux les rendre saignans que de les cautériser avec le nitrate d'argent. Au premier abord le ravivement paraît difficile à exécuter ; mais si on réfléchit que la cloison vésico-vaginale peut être, par des tractions ménagées, attirée au dehors, on ne sera pas embarrassé alors pour retrancher une portion des lèvres de la fistule et les rendre saignantes.

Il m'a suffi plusieurs fois d'introduire un doigt dans la fistule et de la tirer à l'extérieur. Je me sers habituellement d'érignes de Museux pour saisir l'une ou l'autre lèvre, qui sont ravivées tour à tour. J'aime mieux commencer par la lèvre postérieure et terminer par celle qui est plus voisine de l'urètre. On peut se servir seulement du bistouri boutonné, porté obliquement de manière à retrancher les parties en dédolant, et plus aux dépens du vagin que de la vessie. Les ciseaux à staphyloraphie de M. Roux peuvent quelquefois être utiles dans le courant de l'opération. La lèvre postérieure étant fixée à l'aide des pinces de Museux, les pinces à disséquer saisissent la lèvre antérieure afin qu'on procède à son ravivement. Il faut avoir soin de rendre saignante toute la circonférence de la fistule ; car faute de cette précaution le lambeau n'adhérerait que dans une partie. On peut se servir avec avantage d'une des valves de mon spéculum, comme je le fais toujours, pour diriger les pinces de Museux sur les lèvres de la fistule.

Une fois le ravivement opéré, il s'agit de tailler un lambeau de forme ovalaire, de largeur variable, pris aux dépens des grandes lèvres ou de la fesse, ou de ces deux parties à la fois. Ce lambeau destiné à servir de tampon, d'obturateur, doit avoir un volume et une longueur proportionnés aux dimensions de la fistule ; et il importe de savoir que, trop volumineux ou trop gras, il embarrasserait singulièrement le chirurgien et le forcerait à en retrancher une partie. Il faut aussi avoir égard à l'état du vagin, qui doit être exempt de brides et d'ulcérations ; autrement on devrait auparavant procéder à la guérison des unes et à l'excision des autres.

Toutefois le lambeau ne doit pas avoir le même volume que l'ouverture qu'il est appelé à remplir, puisque les lèvres de celle-ci vont se rapprocher sur lui. Enfin il vaut mieux qu'il ait un excès de largeur et d'épaisseur ; car il aura plus de vie, et par conséquent il sera moins sujet à se flétrir.

Avant de commencer cette opération, il faut raser les poils. Le lambeau doit être roulé ou plié sur lui-même, de manière à mettre les surfaces saignantes en contact.

Il faut que le pédicule ait des dimensions un peu considérables, afin de recevoir le plus de sang possible. Il doit être attaché à l'endroit le plus voisin du vagin, pour qu'il n'exerce pas de tiraillement, et il faut le laisser plutôt trop long que trop court, pour que la circulation se fasse avec plus de facilité.

Ce lambeau ne doit pas seulement être formé par la peau : il serait bientôt gangréné, comme cela m'est arrivé une fois, il faut qu'il comprenne le tissu adipeux, et en un mot, plusieurs couches superposées.

Enfin, s'il existe une grande débilité générale ou une maladie constitutionnelle, etc., il ne faut rien tenter avant que la santé soit parfaitement rétablie. C'est pour avoir agi autrement que dans un cas j'ai vu mon lambeau frappé de mort dans une partie de son étendue.

Ces préceptes une fois établis, je vais examiner successivement : 1° la dissection du lambeau ; 2° la manière dont il doit être hissé dans la fistule ; 3° le moyen de maintenir les bords en contact avec lui ; 4° le moyen

de rétablir le cours de l'urine ; 5° enfin le procédé qu'emploie la nature pour la fusion du lambeau avec la lèvre de la fistule, et le changement qui s'opère après cette fusion.

Pour tailler le lambeau, je fais tordre la grande lèvre, et je la tords moi-même d'une main, afin de ne pas inciser irrégulièrement les tégumens, et d'opérer avec le plus de promptitude possible, pour ne pas prolonger la douleur, et même pour la diminuer par la distension des tissus. Je porte alors mon bistouri sur le côté externe de la grande lèvre, je le promène en abaissant le poignet, de haut en bas, et à mesure que l'instrument approche de la main qui distend les tégumens, celle-ci est doucement portée en arrière, en exerçant toujours sa traction sur la peau, tandis que l'autre main continue l'incision en gagnant le côté interne de la grande lèvre, et en faisant décrire au poignet un demi cercle. Enfin le bistouri achève l'incision au niveau du point où il l'a commencée. Il en résulte un lambeau à sommet arrondi, ce qui convient pour les fistules larges.

On peut aussi tailler le lambeau entre deux incisions qui commencent l'une en dehors, et l'autre en dedans de la grande lèvre, et qui viennent se réunir en bas, à angle plus ou moins aigu.

Ce dernier est surtout applicable aux fistules vésico-vaginales qui n'offrent pas une grande largeur. On doit ensuite disséquer la peau de dehors en dedans et du sommet du lambeau vers son pédicule, en comprenant avec elle plusieurs couches de parties molles, afin qu'il puisse être alimenté par un assez grand nombre d'artères et d'artérioles.

Ces couches soutiennent la peau et servent de gaîne aux artères et aux veines. On lie les artères qui fournissent du sang à la surface de la plaie.

Chez les femmes chez lesquelles la vie est très-active, le lambeau offre une sorte de rétraction et des plicatures nombreuses.

Le pédicule du lambeau doit avoir des dimensions plus grandes que le lambeau lui-même : la raison en découle des dispositions anatomiques et du degré de vitalité que doit avoir le lambeau pour qu'il puisse se réunir avec les bords de la fistule.

Il est nécessaire qu'il reçoive une grande quantité de sang qui puisse fournir une certaine quantité de lymphe pour que la réunion ait lieu.

Comme le lambeau se rétracte pendant qu'il suppure, il faut lui donner une certaine longueur, et c'est pour cela que je conseille de prolonger les incisions jusque sur la fesse.

Je dois avertir que, dans les cas où les femmes sont grasses, il vaut mieux que le lambeau soit taillé aux dépens de la longueur de la grande lèvre, que de la fesse; car il arrive de deux choses l'une : ou bien on taille un lambeau trop épais, et alors son introduction est difficile et la réunion ne se fait pas aisément avec les bords ravivés de la fistule, ou bien on en enlève une trop grande quantité de tissu adipeux, et alors le lambeau tombe en gangrène.

Il vaut donc mieux que le lambeau soit formé par la peau, par du tissu dartoïde, des artères, des veines, etc., que par de la graisse.

Il m'est arrivé une fois de tailler un lambeau chez une femme très-grasse, et de ne pouvoir pas l'introduire dans la fistule recto-vaginale.

Quand le lambeau est taillé, il s'agit de l'interposer entre les lèvres de la fistule, ce qui, au premier abord, paraît souffrir de nombreuses difficultés; il n'en est cependant rien : voici comment j'y procède.

D'abord je le plie en deux ou le roule sur lui-même comme l'a fait M. Velpeau pour la trachée-artère et je traverse son sommet avec un fil ciré qui offre une certaine largeur.

J'introduis ensuite dans la vessie, par l'urètre, une sonde que je fais bientôt parvenir dans le vagin par la fistule; je passe alors mes deux fils dans les yeux de la sonde; en la retirant j'entraîne le fil que je dégage des yeux de cet instrument; puis je pousse le lambeau d'une main, tandis que de l'autre je tire doucement sur le fil. Celui-ci est livré à un aide, et je procède à la suture du lambeau et des lèvres de la fistule.

Pour y parvenir, j'introduis le doigt le long du lambeau, je glisse dessus une aiguille courbée, montée sur le porte-aiguille à staphyloraphie ; ou bien je la dirige à l'aide de la main seulement. J'enfonce alors la pointe d'un seul coup au travers du lambeau et des lèvres de la fistule. L'aiguille est saisie avec des pinces à pansement, et ramenée au dehors, entraînant à sa suite le fil dont elle est armée. J'en fais autant pour l'angle opposé de la fistule. Il est de la plus haute importance que le lambeau et les angles de la fistule soient compris chacun dans une anse de fil : c'est pour n'avoir pas pris cette précaution nécessaire que l'on a vu l'urine suinter par la voie contre nature, et exiger de nouveau une opération minutieuse et pénible.

Les fils une fois passés, doivent être noués pour maintenir en contact le lambeau et les lèvres de la fistule : pour le faire, on les dirige avec une pince, une sonde de femme, etc.

Le premier nœud est fortement serré; le second consolide le tout. On laisse les fils pendre à l'extérieur, après les avoir enveloppés cependant de manière à les reconnaître. Peu à peu les parties serrées sont enflammées, ramollies, coupées, et bientôt le nœud et le fil tombent. Cette chute a lieu du dixième au quatorzième jour, quelquefois plus tard.

On peut se dispenser de la suture en agissant comme je l'ai fait déjà, c'est-à-dire en passant les deux bouts du fil qui traverse les lèvres de la fistule dans un serre-nœud, et en les attachant à son extrémité opposée. On soutient ensuite les serre-nœuds à l'aide d'une ou plusieurs alèses pliées, pour que l'instrument n'irrite pas les parties molles et ne les déchire pas par son poids.

Le fil *urétral*, celui qui est passé dans le sommet du lambeau, doit être fixé à son tour, mais de manière à ne rien déchirer dans les mouvemens de la malade. Je le colle ordinairement sur une des cuisses, avec une bandelette de diachylon.

Il s'agit, lorsque le lambeau est fixé en place, de livrer passage à l'urine au moyen d'une sonde introduite dans la vessie. Cette sonde doit être proportionnée au diamètre du canal. Quand on l'introduit dans la vessie, il faut y mettre la plus grande attention, car le lambeau qui forme tampon étant plus ou moins près de l'ouverture vésicale de l'urètre, devient, au premier abord, un obstacle à son introduction. Si la sonde vient heurter contre lui, il faut l'incliner à gauche ou à droite, pour passer à côté.

On ajoute une seconde sonde à la première, pour que l'urine ne tombe pas sur le lambeau et sur la plaie qui est le résultat de sa dissection, afin d'éviter les vives douleurs auxquelles ce liquide ne manquerait pas de donner lieu.

La sonde doit être continuellement béante, et soutenue par des fils de coton qui viennent se fixer au bandage de corps.

Il faut faire garder à la malade une position horizontale et un repos parfait, pour que la vessie ne soit pas irritée par la sonde, qui doit être conservée le plus longtemps possible. On cherche à éviter par là les contractions de la vessie, qui tendent à chasser l'urine et qui empêchent la cicatrisation.

Quand faut-il couper le pédicule du lambeau? le plus tard possible. Il m'est arrivé plusieurs fois de me trop presser; aussi a-t-il été frappé de mort, et les fistules sont demeurées ce qu'elles étaient. Je l'avais coupé du quatorzième au quinzième jour. Il résulte de là qu'on doit s'éloigner le plus possible, pour faire cette section, de l'époque où l'opération a été pratiquée, pour éviter l'accident dont je viens de parler. Maintenant je ne pratique la section du pédicule du lambeau que du trentième ou quarantième jour; et encore l'espace de temps doit-il être en rapport avec la constitution du sujet et son degré de vitalité.

La nécessité de cette section tardive est parfaitement expliquée, je pense, comme je l'ai déjà dit, par la densité des tissus, par le changement qu'ils ont éprouvé dans leur structure depuis que la fistule existe, et par le peu de tissu cellulaire lâche qu'on y rencontre. De même qu'il y a une grande différence entre cette région et les diverses parties de la face, de même la conduite du chirurgien doit différer pour la section du lambeau. A la face, la vascularité est immense, le tissu cellulaire y est en abondance, la vitalité est au plus haut degré; aussi la réunion s'y opère-t-elle avec une facilité incroyable. Le quatrième jour, j'ai pu couper le pédicule du lambeau sans inconvénient dans certaines restaurations de la face, dans des blépharoplasties.

Mais, que se passe-t-il dans les parties mises en contact, quels sont les changemens qui s'opèrent dans le lambeau, et comment a lieu la réunion?

Aussitôt que les parties sont en contact, il se fait dans la vessie une certaine exhalation ou exsudation de sang qui est portée à l'extérieur par la sonde: dans le vagin même l'exsudation a lieu. Bientôt la surface vulnérée du lambeau se couvre d'une couche de lymphe: les urines deviennent troubles parce que le sommet du lambeau suppure et que le pus se mêle à ce liquide.

Ce trouble des urines dure un temps variable, et le terme n'en peut être que difficilement indiqué; car tant que le sommet du lambeau n'est pas contracté et ne se nivèle pas à peu près avec la vessie, la suppuration persiste. Je l'ai observée jusqu'à 20 et 25 jours.

La section du pédicule donne lieu à un écoulement de sang plus ou moins abondant, et bientôt il y a une sorte de retrait dans les deux parties divisées, l'une se retirant vers le vagin, et l'autre vers l'endroit où le lambeau était implanté. Mais comme le lambeau jouit actuellement de la vie, il en résulte que, comme les autres parties, il est sujet aux diverses maladies; aussi s'enflamme-t-il sous l'influence de la plus petite quantité d'urine qui s'écoule sur la surface divisée et par l'effet même de la section. C'est à cause de cela qu'il se gonfle, qu'il se tuméfie, qu'il rougit, qu'il dépasse l'entrée du vagin. Il est gorgé de liquides alors; prochainement il suppure, et à mesure que la suppuration diminue, on le voit graduellement se retirer, se rétracter vers la cloison vésico-vaginale. Il y a peu de temps que j'ai été à même d'observer ces divers phénomènes; j'ai d'abord vu le lambeau au moment de la section se retirer dans le vagin, puis en sortir pendant la période inflammatoire, et y rentrer ensuite à ce point que, lorsqu'on veut le voir, il faut écarter fortement les grandes lèvres et abaisser la commissure postérieure.

Un phénomène très-remarquable, c'est que ce lambeau ne jouit désormais plus de la sensibilité, toute communication étant détruite avec les centres nerveux; et cependant il jouit de la vie.

La peau conserve en totalité sa structure; elle n'a rien perdu de son organisation, et les phénomènes vitaux s'y passent comme avant l'opération; les poils y croissent comme par le passé.

Ainsi, dès que le pédicule a été coupé, une partie de la surface cutanée du lambeau devient vaginale, c'est-à-dire qu'elle est tournée vers le vagin et qu'elle est déprimée. Or, cette surface qui autrefois était ombragée par des poils devrait en être dépourvue, si on s'en rapportait à ce qu'a dit Dieffenbach au sujet de la rhinoplastie.

Ainsi, comme on le sait, Dieffenbach, pour appuyer un procédé opératoire qui consiste à tailler un lambeau aux dépens du cuir chevelu, lorsque cela ne peut pas se faire autrement, a dit que les poils ne renaissent plus sur le lambeau. Je puis affirmer cependant que non-seulement les poils renaissent, mais encore qu'ils se développent, s'allongent, se collent et prennent de la vie comme si la peau n'avait pas changé de place.

Qu'il me soit permis de rapporter brièvement à ce sujet le fait suivant :

Obs. V. — Désiré Picard, âgé de 20 ans, affecté d'ectropion de la paupière inférieure droite depuis l'âge de trois ans, par suite de brûlure, a été guéri à l'hôpital Saint-Louis par la blépharoplastie. Le lambeau, taillé dans la région malaire et greffé à la paupière, présente des poils au nombre de cinquante à soixante, de 3 à 4 lignes de longueur; ils sont soyeux, de cou-

leur châtaine, dirigés en haut et en avant, et légèrement arqués; ils n'existaient avant l'opération qu'à l'état rudimentaire, et étaient à peine sensibles, comme on peut s'en convaincre, par analogie, en examinant la partie correspondante de l'autre jone. Le lambeau sur lequel ils sont implantés est un peu boursoufflé et s'affaise sous une pression légère; sa coloration ne diffère pas de la partie correspondante du côté opposé; sa sensibilité est cependant moins vive. Picard est sorti de l'hôpital Saint-Louis le 25 juillet 1835.

Si le fait précédent prouve l'erreur de M. Dieffenbach, il sera facile de voir que son opinion n'est pas plus exacte pour l'élytroplastie. J'ai vu sur une jeune femme chez laquelle j'avais pratiqué cette opération, des poils se développer, blanchir, friser, et à mesure que la maigreur de la femme a disparu, que sa santé est devenue meilleure, reprendre leur coloration noire habituelle.

Il est évident que ces poils ont pris une coloration différente suivant la vitalité de l'individu. Au reste, en cela, ils suivaient les changemens qu'éprouvaient les cheveux, qui ont blanchi dans le moment de la plus grande maigreur du corps, et qui sont revenus noirs en même temps que l'amélioration de la santé générale s'est prononcée.

La peau conserve donc, comme je viens de le dire, sa même structure; elle n'a rien perdu de son organisation.

Enfin si à cette époque on introduit le doigt dans le vagin, on finit par rencontrer le tampon qui bouche la fistule; et si on le presse, il cède un peu comme un corps élastique, pour revenir sur lui-même lorsque la pression cesse.

Tel est le procédé que j'ai imaginé pour la cure des fistules vésico-vaginales. D'une part, je le crois exempt de la plupart des inconvéniens attachés à tous ceux qui ont été proposés jusqu'ici, souvent d'une manière si ingénieuse; de l'autre, j'ai trouvé en lui, plus que dans aucun d'entre eux, les conditions qui peuvent faire raisonnablement espérer une guérison complète.

Malheureusement jusqu'ici je n'ai pu demander à l'expérience que très-peu de témoignages; cependant ils m'ont semblé suffire pour légitimer la proposition que je viens d'avancer. Je n'ai mis encore que trois fois mon procédé en exécution. Une des trois malades, la dernière, est encore à l'hôpital Saint-Louis, et quoique tout semble présager un succès, l'observation n'est pas encore assez complète pour que je doive la figurer ici. Je vais rapporter, pour finir ce mémoire, l'histoire des deux autres, dont l'une est un exemple de succès, et l'autre d'issue malheureuse.

Obs. VI. — La nommée Eugénie Efe, fut opérée une première fois à l'hôpital Saint-Louis par mon procédé élytroplastique. Cette tentative ne fut pas couronnée de succès, parce que cédant à l'impatience de la malade, je coupai le pédicule trop tôt, le quatorzième jour de l'opération; il en résulta la gangrène de tout le lambeau et le rétablissement de la fistule. Cette femme ne se découragea pas; elle rentra à l'hôpital le 4 février 1835 pour y subir la même opération.

Après avoir préparé cette malade par des bains, des boissons délayantes et de doux laxatifs, je l'opérai; mais le lambeau ne fut pas seulement comme la première fois taillé aux dépens des parties génitales, je le taillai diagonalement, de dedans en dehors, de la partie inférieure des grandes lèvres jusques sur la fesse aux dépens de laquelle il fut fait en grande partie.

Le lendemain de l'opération la malade était bien, et les urines coulaient par la sonde. Elle fut calme jusqu'au troisième jour, époque à laquelle elle fut prise d'une violente toux qui céda à un traitement approprié. Le 2 avril, après de vives émotions, elle eut des envies de vomir, des vomissemens, du dévoiement; enfin elle présenta un appareil de symptômes qui étaient faits pour alarmer sur son état, d'autant plus que la plupart des malades de la salle Saint-Augustin étaient en proie à des accidens semblables.

Le 3 avril au matin, la face était profondément altérée, la diarrhée continuait, il y avait de la fréquence et de la petitesse du pouls. L'eau de Seltz et des lavemens laudanisés firent cesser les vomissemens et les coliques.

Le 5 la malade était bien; il sortit par la sonde une certaine quantité de sang mêlé à de l'urine.

Le onzième jour le fil qui était passé dans le sommet du lambeau tomba.

Depuis ce moment jusqu'au 2 mai, c'est-à-dire trente-six jours après l'opération, la malade a été dans un état satisfaisant, si bien que le pédicule a été coupé le 2 mai. Au moment de la section, il s'est écoulé une assez grande quantité de sang artériel et le pédicule s'est retracté dans la vulve jusque derrière le méat urinaire. La plaie de la fesse était tout à fait guérie au moment de cette section. L'écoulement des urines donna lieu à des cuissons, et bientôt on aperçut le lambeau qui s'avançait peu à peu au niveau du méat urinaire, pas tout à fait en avant de celui-ci. Ce phénomène était évidemment dû à l'inflammation qui s'en était emparée, à son gonflement et à l'infiltration de la lymphe dans son épaisseur, par suite du contact d'un liquide irritant, de l'urine.

La surface du lambeau suppura, puis pâlit et se rétracta à mesure que la suppuration se tarissait.

Les poils qui s'étaient développés sur ce lambeau, de gris qu'ils étaient, devinrent noirs. Ces changemens remarquables cadraient parfaitement avec l'état général qui était devenu bon, ainsi que l'embonpoint qui avait succédé à une extrême maigreur.

Le 8 mai la sonde fut supprimée.

La malade sentait le besoin d'uriner comme avant sa fistule, et cependant elle avait la conscience de l'écoulement d'une petite quantité d'urine par le vagin, ce que je reconnus en effet avec une sonde introduite dans la vessie. Une certaine quantité d'urine coulait par un angle de la fistule qui n'avait pas été ravivé et où le lambeau n'avait pas adhéré.

Je pus, à l'aide d'un mandrin creux chargé d'un morceau de nitrate d'argent maintenu dans son intérieur par un coulant, cautériser la petite ouverture fistuleuse, en

portant ce mandrin dans la vessie au moyen d'une sonde de femme dont l'extrémité était ouverte, de manière à laisser passer le mandrin lorsque le doigt introduit dans le vagin reconnut que la sonde portée par l'urètre était parvenue sur l'ouverture vésicale de la fistule. Je renouvelai cette cautérisation plusieurs fois, à huit jours d'intervalle, sans que la malade éprouvât aucune espèce d'accident. Loin de voir qu'il y eût la moindre amélioration par le nitrate d'argent, je m'aperçus avec regret que les urines s'écoulaient avec un peu plus de facilité qu'avant la cautérisation. Cependant la pierre infernale avait au moins servi à raviver les bords de cette petite fistule et permettait de mettre ces lèvres en contact; c'est ce que je fis à l'aide d'un fil dont les deux extrémités traversaient l'une l'angle du lambeau et l'autre la lèvre opposée, de manière qu'il existait dans la vessie une anse de fil dont les deux extrémités sortaient par la vulve. Je les passai dans le serre-nœud de Desault, et les fixai aux deux anneaux, de telle sorte que l'extrémité du serre-nœud fût poussée dans l'intérieur du vagin jusqu'aux lèvres de la plaie, assez pour les mettre en contact. Ce serre-nœud fut maintenu en place; huit jours après je retirai mes fils et mon serre-nœud. Tout cela se fit facilement, je tirai sur une extrémité du fil qui entraîna l'autre dans la vessie et la fit sortir ensuite par le vagin. Il ne s'écoula plus d'urine par le vagin, et aujourd'hui, 2 mois après l'opération, cette femme, que je n'ai pas perdue de vue, ne présente plus de traces de son infirmité.

La deuxième observation prouve combien le médecin doit peu céder à l'impatience des malades, et combien il est important et nécessaire de les préparer avant d'entreprendre une pareille opération.

Obs. VII. — Au n° 65 de la salle Saint-Augustin entra à l'hôpital Saint-Louis le 1er septembre, la nommée Dorbey (Geneviève), journalière, âgée de 27 ans. Trois fois enceinte, elle accoucha d'un premier enfant à sept mois. La seconde couche, qui eut lieu le 20 avril 1833, eut pour résultat l'issue d'un enfant mort depuis quelque temps, sans qu'aucun accident eût troublé la grossesse. Le troisième accouchement, qui se fit le 1er avril 1835, il y a cinq mois, fut très-laborieux. Le fœtus était très-développé. Le travail dura trois jours, sans des douleurs trop vives. Trois introductions de forceps furent tentées par un premier accoucheur; deux le furent par un autre praticien, qui broya la tête du fœtus. Huit jours après cette opération, la malade commença a s'apercevoir de la déviation du jet urinaire, qui, depuis ce temps, passait en totalité par le vagin. Aucune envie d'uriner; impossibilité totale de garder les urines soit le jour soit la nuit. A l'extérieur, on rencontrait une grande quantité de matière graveleuse, lithique, revêtissant les poils. La partie inférieure de la vulve et le pourtour du rectum étaient blanchâtres, durs, douloureux au toucher; le contact même d'une éponge donnait lieu à de vives douleurs. Cette sensibilité existait aussi au pourtour de l'anus. La partie supérieure de la vulve ne présentait rien de semblable; l'urètre avait perdu de son calibre; il présentait à son extrémité un bourgeon rougeâtre. L'introduction de la sonde, beaucoup moins douloureuse que le contact exercé sur les parties inférieures, n'amenait aucune goutte d'urine.

Lorsque la femme était horizontalement couchée, on ne sentait rien; si on la plaçait sur le bord du lit comme pour examiner au spéculum, on remarquait que la vessie avait perdu de sa capacité; à l'union du vagin et de la lèvre antérieure du museau de tanche, on rencontrait une ouverture arrondie, à plus grand diamètre transversal, située légèrement à droite, large de 8 lignes transversalement, de 6 à 7 d'avant en arrière. L'extrémité de l'indicateur pouvait y être introduite. Le col présentait des inégalités. A l'aide du spéculum on reconnaissait un tubercule à droite. Le reste du col était rougeâtre et présentait de petites ulcérations. Sur les fesses on remarquait des pustules d'ecthyma qui avaient laissé des ulcérations après elles. Le tissu cellulaire paraissait induré. De la limonade tartrique; eau de Vichy; pastilles alcalines; grand bain et bain de siége; deux lavemens émolliens, application de guimauve froide sur la vulve, tel fut le traitement qui fut continué jusqu'au 6 septembre. A cette époque la malade était beaucoup mieux. Cependant je voulais encore attendre que sa santé fût plus solidement rétablie, lorsqu'elle me pressa vivement. Je cédai à ses instances, et l'opération fut pratiquée d'après mon procédé, avec toutefois une légère modification dans la disposition des fils. Je taillai le lambeau aux dépens de la grande lèvre du côté droit.

Le lendemain 7, la malade était bien. Un écoulement sanguin très-abondant avait collé toutes les pièces de l'appareil.

Le 8, à quatre heures du soir, il survint des douleurs vives à l'épigastre, de la chaleur à la peau, de la rougeur des pommettes; les yeux brillaient légèrement; la langue était jaunâtre et pâteuse, la soif vive, l'appétit nul, le pouls pressé et non remarquablement petit. Point de toux; fatigue dans les lombes; l'urine coulait bien par la sonde, et aussi, à ce que croyait la malade, par une autre voie. (40 sangsues sur l'abdomen; saignée du bras de trois palettes; fomentations émollientes.)

Le 9 au matin, vomissemens constans; vive sensibilité de l'abdomen; face grippée; peau chaude, et pouls pressé et filiforme; abattement extrême. (Nouvelle application de sangsues sur l'abdomen; point de sonde; eau de Seltz par cuillerées; fomentations émollientes). Le soir, à 6 ou 8 heures, on retire les fils et le lambeau à l'extérieur. (Continuation de l'eau de Seltz.) Mort à 10 heures du matin, avec les symptômes d'une péritonite intense.

L'autopsie, faite le 11 septembre 1835, à 8 heures du matin, laissa voir les désordres suivans.

Ventre ballonné; petites ecchymoses autour des plaies des sangsues; peu de raideur; encore assez d'embonpoint.

Thorax. Poumon droit. Pas d'adhérences ni d'épanchement autour de ce poumon, qui est crépitant, légèrement engoué à la partie postérieure, et emphysémateux à la partie antérieure.

Poumon gauche exactement dans le même état.

Cœur. Une cuillerée de sérosité sanguinolente dans

le péricarde; caillots fibrineux adhérens et assez volumineux.

Abdomen. Intestins ballonnés; épiploon non adhérent; traces de légères adhérences récentes de toutes les circonvolutions entre elles; légères injections, par places, du tissu cellulaire sous-péritonéal et de celui qui est compris dans l'épaisseur de l'intestin. Cette injection est surtout très-marquée dans le petit bassin, dans toute cette cavité, dans la fosse iliaque droite et non dans la gauche. On rencontre un épanchement de matière purulente où flottent de fausses membranes, surtout entre le rectum et la matrice. Du reste, le péritoine entre l'utérus et le rectum n'est nullement perforé, mais il est rouge et enflammé.

Foie ramolli et très-friable, d'un rouge brun. Vésicule remplie de bile jaune saine. Rate ramollie. Pancréas sain. Estomac rempli de liquide jaunâtre; pas de rougeur de sa membrane muqueuse; mamelonnement du petit cul-de-sac.

Ovaires et trompes rouges. L'ovaire droit est augmenté de volume; coupé en travers, il présente du pus à l'état solide dans son intérieur, et une assez grande quantité de liquide sanguinolent.

Entre la vessie et la matrice, à peine la rougeur existe-t-elle sur le péritoine, et il n'y a aucune trace de pus, non plus qu'entre la vessie et les parois de l'abdomen, où l'on trouve un tissu cellulaire graisseux non friable.

Vessie ouverte à son sommet ainsi que l'urètre. On aperçoit une petite quantité de matière purulente au bas-fond; coloration d'un noir foncé de l'ouverture de la fistule vésico-vaginale, coloration entièrement due à l'infiltration sanguine. Il existe aussi un assez grand nombre de dépôts de matière lithique, assez volumineux et saillans. Les tuniques de la vessie sont saines, sans rougeur ni infiltration purulente jusqu'à la fistule, et ces tuniques sont réunies par un tissu cellulaire sain présentant même de la graisse dans son épaisseur.

Utérus. Surface interne d'une coloration noirâtre qui cède au frottement; tissu dur et normal. Le col présente des végétations colorées comme le pourtour de la fistule et le fond du vagin. Le lambeau n'est nullement gangréné; il a été retiré au dehors; lorsqu'on le rapproche de l'ouverture il la bouche exactement. Le vagin est noirâtre à son intérieur et surtout dans son fond; dans son épaisseur on trouve plusieurs veines oblitérées par des caillots et contenant du pus que la pression fait sortir.

Veine crurale droite. Elle contient des caillots noirâtres, sans pus dans son épaisseur.

Veine crurale gauche. Le caillot est entouré par une fausse membrane adhérente à ce caillot.

Malgré la malheureuse issue de mon opération chez cette malade, cette observation, comme on a pu le voir, serait encore favorable à mon procédé. Ainsi, les accidens graves qu'éprouva cette femme doivent être attribués, non pas à l'opération elle-même, mais à ce qu'elle a été pratiquée alors que la malade était dans des conditions favorables. Mais l'autopsie a démontré que le tampon, adhérent, remplissait l'ouverture, et que tout aurait pu faire espérer une guérison complète sans l'invasion de cette phlébite qui, d'ailleurs, vient trop souvent détruire l'ouvrage du chirurgien, même dans les opérations les plus simples.

— Depuis que ce mémoire a été présenté à l'Institut, le succès de ma troisième opération s'est consolidé; et j'ai même en ce moment, dans mes salles, une quatrième femme sur laquelle j'ai appliqué mon procédé avec de fortes chances de succès. Voici l'histoire de ma troisième opération, recueillie par M. G. Dubois, interne.

Fistule vésico-vaginale; insuccès de plusieurs méthodes; guérison par le procédé de M. Jobert.

Obs. VIII. — Gabrielle Morel, lingère, âgée de 28 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'au commencement de l'année 1831 elle eut une couche très-laborieuse, pendant laquelle des accès réitérés d'eclampsie nécessitèrent l'application du forceps. Cette opération, qui amena un enfant mort, fut immédiatement suivie de violens accidens inflammatoires. Le ventre et la vulve devinrent très-douloureux et se tuméfièrent considérament. Dès le lendemain de l'opération on fut obligé de sonder la malade, et la persistance de la rétention d'urine rendit cette manœuvre nécessaire jusqu'au neuvième jour. A cette époque, la malade éprouvant un besoin pressant d'uriner, se fit asseoir dans un fauteil, et à l'instant même elle sentit son urine s'échapper avec bruit et inonder ses vêtemens. Depuis ce moment l'écoulement de l'urine a été permanent et complet. Dès le lendemain la malade se fit transporter à la Pitié, où M. Velpeau, après avoir attendu que les parties revinssent à un état plus satisfaisant, ce qui exigea une quinzaine de jours, eut recours à la cautérisation. Cette méthode fut mise en usage pendant environ deux semaines, mais sans succès, et la malade découragée revint chez elle. Trois mois plus tard elle fut opérée suivant la méthode de M. Lallemand, par un chirurgien de la capitale. Cette méthode ne réussit pas mieux que la précédente; et Gabrielle Morel, complétement rebutée, ne voulut plus voir aucun médecin, bien mieux elle eut encore un nouvel enfant qui vint au monde sans accident.

Il y a un an la dégoûtante infirmité dont cette malheureuse était atteinte, lui fit réclamer les soins de M. Jobert, qui l'opéra par sa méthode. Le lambeau fut taillé aux dépens de la grande lèvre du côté gauche, et le douzième jour l'adhérence du tampon avec les bords de la fistule fut présumée assez solide pour engager M. Jobert à couper sa base. Malheureusement sa vitalité n'était pas encore suffisante, aussi se gangréna-t-il et l'écoulement reparut comme précédemment. La malade revenue encore du découragement que lui avait causé ce nouvel échec, se présenta de nouveau chez M. Velpeau, qui fit encore des tentatives inutiles.

Le 14 décembre 1835 la malade revint à l'hôpital Saint-Louis, et c'est depuis cette époque que nous l'avons observée.

Après les nombreuses tentatives de guérison que cette

femme a supportées, sa fistule s'est considérablement agrandie. C'est maintenant une large perte de substance, de forme arrondie, capable de recevoir l'extrémité du pouce; et située seulement à une quinzaine de lignes de l'orifice de l'urètre.

La nouvelle opération, celle qui a été couronnée de succès, a été pratiquée le 20 janvier 1836. Cette fois-ci le lambeau obturateur a été taillé dans le pli même qui sépare la cuisse de la fesse, sa base située en haut, et son soumet relevé de bas en haut pour être introduit dans la fistule.

Peu d'heures après l'opération, la malade est prise de vomissemens et de douleurs vives dans le flanc droit. Le peu de fréquence du pouls; l'extrême agitation de la malade pendant l'opération, et la rapide apparition de ces accidens, nous rassurèrent contre la crainte d'une péritonite. En effet, dès le soir les vomissemens cessent après l'administration de la potion anti-émétique de Rivière.

Le 21 il n'existe plus que quelques nausées qui cessent complétement dans la journée. La sonde, placée à demeure immédiatement après l'opération, n'a pas fonctionné convenablement, et le petit bassin placé entre les cuisses de la malade pour recevoir l'urine ne s'est pas rempli. Cependant ce n'est plus par la fistule que ce liquide s'est écoulé, mais bien entre l'urètre et la sonde, ce que la malade affirme pouvoir distinguer. On place une nouvelle sonde un peu plus grosse.

Dans la journée le petit bassin se remplit; cependant la malade se sent encore mouillée, et cette circonstance paraît dépendre de ce que le cordon qui fixe la sonde au bandage en T relève trop son extrémité libre. Le 22 on relâche encore le cordon, et on supprime le bandage en T dont la branche verticale, passée entre les cuisses et fendue pour laissser passer la sonde, a le grave inconvénient de comprimer le reste de l'appareil et par suite le lambeau. On lui substitue un simple bandage de corps auquel on fixe également la sonde. Pour tout pansement, on applique sur la vulve un petit linge enduit de cérat et fendu dans son milieu pour laisser passer cet instrument.

Le 25, la sonde, obstruée par du mucus, est remplacée.

Les jours suivans l'urine coule convenablement.

Le 27, le fil passé dans le sommet du lambeau et fixé au bandage de corps, tombe pendant le pansement, sans qu'on ait exercé sur lui aucune traction inopportune.

Les jours suivans, le tampon ne s'est point déplacé, et l'urine a continué à couler par la sonde. Ces deux circonstances font augurer un heureux résultat.

Le 31, des mouvemens inconsidérés de la malade ont complétement dérangé l'appareil, et la sonde est sortie de l'urètre. Depuis ce léger accident, l'urine s'est accumulée dans la vessie et plusieurs fois dans la journée la malade, sollicitée par le besoin d'uriner, s'en est débarassée naturellement. Ce fait contribue encore davantage à augmenter l'espoir d'une réussite complete. Comme le fil qui passait dans le sommet du lambeau est déjà tombé depuis plusieurs jours, il est bien probable que l'occlusion de la fistule ne dépend plus que des nouvelles adhérences, et que les fils qui passent du tampon dans les bords de la perte de substance se sont également détachés. Malgré cet heureux pronostic et pour plus de sûreté, on place encore une sonde.

Depuis cette époque jusqu'au 23 février on change les sondes tous les jours ou tous les deux jours. Les urines sont limpides la plupart du temps, quelquefois cependant de légères mucosités obstruent la sonde. Souvent, par indocilité, la malade dérange cet instrument, et chaque fois l'urine s'accumulant dans la vessie est rendue volontairement. Il faut néanmoins remarquer que les envies d'uriner reviennent alors très-fréquemment, ce qui dépend très-probablement de la diminution de capacité de la vessie, tant par suite des opérations qu'elle a subies, qu'en raison de son défaut d'extension pendant plusieurs années. Le 23, M. Jobert, en présence de MM. Paul Dubois et Emery, coupe le lambeau à un pouce de sa base. La malade a senti à peine l'incision.

Le 24, le lambeau offre une coloration noire très-inquiétante et qui, occupant plusieurs lignes de l'extrémité nouvellement coupée, s'étend sur un de ses côtés aussi haut que l'œil peut atteindre. La portion qui n'est pas encore mortifiée, est gonflée et rouge. L'urine a une couleur rouge insolite. On supprime la sonde dans la crainte que, comprimant le lambeau, elle n'augmente encore la gangrène.

Le 25, la malade a de l'inquiétude, du malaise, de la céphalalgie et des envies de vomir, la portion mortifiée n'a pas augmenté et le reste du lambeau est moins tuméfié, ce qui donne l'espoir que la gangrène se limitera et n'atteindra pas la portion du lambeau qui obture la fistule. L'urine s'accumule toujours dans la vessie et est rendue volontairement; seulement, quand la malade résiste aux besoins fréquens qu'elle éprouve, ce liquide s'échappe seul et inonde le lit. La coloration par du sang est toujours très-marquée. Petite saignée, cataplasme sur le ventre.

Le 26, le malaise général est moindre; mais la malade se plaint d'une douleur dans la vessie et la vulve. La portion du lambeau mortifiée commence à se séparer de la portion vivante, laquelle a beaucoup diminué de volume. L'urine est toujours sanguinolente. On applique simplement un petit linge cératé sur la vulve.

Le 27, la portion gangrénée est complétement tombée, et le reste du lambeau s'est encore dégorgé. L'urine est encore rouge, mais l'état général est parfait. (Même pansement.)

Le 28, l'urine est parfaitement claire, toujours rendue sans le secours de la sonde et volontairement. Le tampon s'est tellement retracté, que l'on est obligé d'écarter les petites lèvres pour l'apercevoir. La surface de la section, de couleur vermeille, est le siége d'une suppuration de bonne nature. L'état général continue à être parfait.

Le 3 mars, M. Jobert coupe à ras le bourrelet formé par la base du lambeau. On doit se rappeler que la pre-

mière section avait été faite à un pouce de la base; il en restait par conséquent un bourrelet saillant et volumineux, qui, indépendamment de la difformité qu'il produisait à l'entrée des organes génitaux, aurait plus tard, par sa situation, gêné la marche et se serait excorié. La section de ce bourrelet a été très-douloureuse et a été suivie d'une hémorrhagie copieuse fournie par trois artérioles.

Le 4 mars, la malade est un peu faible par suite de l'hémorrhagie qu'elle a éprouvée, et dont on ne s'est aperçu que quelques heures après la section.

Le 5 mars, la malade nous dit que deux fois dans la nuit elle a été réveillée par le besoin d'uriner, et qu'elle a eu le temps de prendre son vase. Jusqu'à cette époque, l'urine, après avoir distendu la vessie jusqu'à un certain degré, s'échappait subitement avant que le besoin d'uriner fût assez pressant pour réveiller la malade. L'état de dilatation de l'urètre par l'introduction prolongée des sondes, contribuait sans doute beaucoup aussi à la production de cette incontinence nocturne. Le fait du réveil de la malade par le besoin d'uriner, indique encore un grand progrès dans l'amélioration des organes; aussi l'opérée, après les soins assidus et minutieux dont nous l'avons entourée, se trouve-t-elle à une époque de traitement assez avancée pour qu'on puisse regarder la guérison comme positive et durable.

Dans ce dernier cas M. Jobert a introduit une modification dans son procédé. Le lambeau était précédemment taillé aux dépens de la fesse; ici c'est dans le pli qui sépare la fesse de la cuisse, et cette modification a l'avantage de s'opposer à l'écoulement de l'urine sur le lambeau. Enfin dans le but de mettre en contact les surfaces saignantes dans tous les points le sommet du lambeau a été replié sur lui-même de manière à présenter de chaque côté une masse vive, et le fil qui, dans les cas précédens, passait exactement dans son sommet, traversait l'anse de peau formée par le repli.

N° 16. — 16 Avril.

Mémoire sur la nécessité d'employer l'ipécacuanha ou l'émétique dans le traitement de l'embarras gastrique; par M. Martin-Solon, médecin de l'hôpital Beaujon.

La nécessité de réformes indispensables dans la matière médicale se faisait sentir depuis longtemps, lorsque Stahl exprimait le désir de *nétoyer enfin cette étable d'Augias;* et cependant, plus de cent ans après, tous les médecins faisaient encore des vœux pour que la matière médicale et la thérapeutique subissent les modifications devenues indispensables. Tel était l'état des esprits par rapport à ces deux branches importantes de la médecine, lorsque, par l'influence des théories modernes, elles sont tombées l'une et l'autre dans le discrédit le plus absolu. La doctrine physiologique surtout, en rapportant presque à une seule les indications que présentent les maladies, a réduit à un bien petit nombre les médicamens autrefois si multipliés, et a fait repousser entièrement l'usage de substances et de médications dont l'expérience de nos devanciers avait cependant prouvé et consacré les avantages. Bon nombre de médecins tout en proclamant les services signalés que la doctrine physiologique a rendus à la science, reconnaissent dans bien des cas l'insuffisance de cette doctrine au lit du malade. Libres d'idées préconçues et exclusives, ces médecins recherchent dans les autres systèmes les applications utiles au traitement des maladies, et, praticiens éclectiques, ils s'efforcent de faire arriver la thérapeutique au niveau de perfectionnement atteint par l'anatomie pathologique et la science du diagnostic. Par l'emploi énergique des antiphlogistiques, la doctrine physiologique a jeté le plus grand jour sur le traitement qui convient à la classe nombreuse des phlegmasies franches, aiguës et chroniques; mais elle a fait table rase pour toutes les autres médications. Cette dernière circonstance sera peut-être plus avantageuse qu'on ne pense à la restauration de la thérapeutique. En effet, dégagés que nous sommes du fatras pharmaceutique qui encombrait la science, c'est à nous de choisir avec discernement les matériaux qui devront servir au rétablissement de la matière médicale. Reconnaissons les effets des substances simples que la chimie médicale met en grand nombre maintenant à notre disposition; étudions les avantages de certains composés naturels ou artificiels dont l'expérience démontre l'efficacité; occupons-nous à sanctionner l'utilité de médicamens connus, bien plus qu'à en introduire de nouveaux dont la bonté est habituellement éphémère; nous éviterons ainsi des tentatives tout aussi nuisibles aux malades qu'à la science. Rapprochons enfin et comparons entre elles nos observations avec conscience et impartialité, et nous parviendrons à donner à la thérapeutique des bases solides et durables. Nous avons essayé, dans l'article *hydragogue* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, de faire apprécier quelques applications utiles des purgatifs; nous chercherons, dans ce mémoire, à démontrer que l'usage des évacuans, de l'ipécacuanha, par exemple, l'emporte sur toute autre médication dans certaines circonstances. Nous nous contenterons, pour le prouver, de laisser parler les faits : nous en avons vu un grand nombre depuis 1827, dans différens hôpitaux; nous nous contenterons de rapporter quelques-uns de ceux qui ont été observés dans notre service de Beaujon par MM. Reguier, Grisolle, Nivet, Letertre-Vallier, Bujon, Florimont, de Wailly, etc. Nous classerons ces faits dans l'ordre suivant.

1° Observations dans lesquelles l'ipécacuanha a été employé seul, l'embarras gastrique étant apyrétique;

2° Observations dans lesquelles l'ipécacuanha a été employé seul, bien que la fièvre ait accompagné l'embarras gastrique;

3° Observations dans lesquelles l'ipécacuanha a été employé dans l'embarras gastrique, les évacuations sanguines ayant échoué;

4° Enfin nous rapporterons les observations dans les-

quelles, après l'usage de l'ipécacuanha, il a fallu recourir aux émissions sanguines.

PREMIÈRE SÉRIE. — PREMIÈRE SECTION.

Embarras gastrique simple; administration de l'ipécacuanha à dose vomitive; guérison.

Obs. I.—Serre, jeune fille âgée de 17 ans, d'une faible constitution, éprouvait depuis plus de quinze jours, sans cause connue, du malaise et de l'inappétence, lorsqu'elle entra le 1er septembre à l'hôpital Beaujon. La conjonctive est jaune, la bouche amère et pateuse, la langue jaunâtre. La malade se plaint de nausées, de céphalalgie, et d'un sentiment de courbature. Elle n'a point de fièvre. Limonade, diète.

2 septembre. Mêmes symptômes; dix-huit grains d'ipécacuanha en trois doses; limonade; vomissemens d'un liquide amer et abondant.

3, la malade demande des alimens, son état est très-satisfaisant. Limonade; potages.

5, le retour complet à la santé permet d'accorder le quart, et trois jours après la sortie de l'hôpital.

Obs. II. — Aville, âgée de trente ans, ressentait, après avoir fait usage d'une mauvaise nourriture, du malaise et de l'inappétence; à la fin du mois de novembre, ses règles vinrent; elle n'éprouva pas de soulagement. Le six décembre elle entra à l'hôpital Beaujon.

7 décembre, nous observons chez la malade tous les symptômes de l'embarras gastrique; l'haleine surtout est fortement saburrale, il n'y a pas de fièvre. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha en trois doses; limonade, diète, vomissemens bilieux peu abondans; plusieurs garderobes bilieuses.

8, tous les symptômes existans la veille ont disparu comme par enchantement, la langue est nétoyée et l'appétit revenu; les règles paraissent quinze jours avant leur époque. Bouillon; limonade.

Le lendemain cette femme se trouve tellement bien qu'elle veut retourner à son ménage.

Obs. III. — Legros, âgé de quarante-cinq ans, cuisinier, doué d'un embonpoint un peu copieux, jouissant d'une bonne santé quoiqu'affecté de temps en temps d'embarras gastrique, dont on l'a notamment débarrassé une fois en Angleterre par le vomissement, entra le 23 novembre à l'hôpital Beaujon, se plaignant depuis cinq ou six jours de malaise, d'amertume à la bouche, d'inappétence et de constipation.

24 octobre, le teint est peu jaunâtre, il existe peu de céphalalgie sus-orbitaires et peu de fièvre, mais la langue est saburrale et le malade tourmenté de nausées et d'amertume à la bouche; il réclame fortement la médication qui lui a été si avantageuse chez nos voisins d'outre-mer, affirmant que toute autre lui serait inutile ainsi qu'il en a l'expérience. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha en trois doses; chiendent, reglisse, lavement, diète. Sept ou huit vomissemens de matières amères et jaunâtres.

25, amélioration.

26, régurgitations bilieuses, incommodes, apyrexie. Eméto-cathartique composé de huit onces d'eau, quatre gros de sulfate de soude et un grain de tartre stibié à prendre en trois doses à dix minutes d'intervalle l'une de l'autre; trois quarts-d'heure après l'administration de la première dose, vomissemens abondans de bile épaisse; cinq heures après selles bilieuses.

27, Legros se trouve très-bien, il demande à sortir.

Nous croyons inutile de rapporter douze autres observations tout aussi concluantes que celles que nous venons de citer: en voici une pour laquelle on a pu hésiter dans le diagnostic, mais que nous rapprochons cependant de celles que l'on vient de lire.

Obs. IV. — Un ancien militaire, âgé de 33 ans, d'une forte constitution, entra comme ouvrier au mois de février dans une fabrique de blanc de céruse du Pecq. Il vécut sobrement et prit des précautions pour n'être point atteint de colique saturnine. Cependant après sept semaines de dangereux travaux il éprouva du malaise, de l'inappétence, des nausées, de la courbature. Bientôt il eut des vomissemens verdâtres, quelques coliques et de la constipation. Il entra le 4 avril à l'hôpital Beaujon. Son séjour dans une fabrique de blanc de céruse et la constipation firent penser à l'interne qu'il existait une colique saturnine et il prescrivit, en potion, le mélange de trois onces d'huile de ricin et de deux gouttes d'huile de croton tiglium. Ce purgatif énergique fut sans résultat.

Le 5, les conjonctives et toute la peau nous présentent une suffusion ictérique qui existe depuis quelques jours d'après la déclaration du malade. Il éprouve une vive céphalalgie, les nausées et les vomissemens persistent; le ventre n'est ni retracté, ni douloureux à la pression; il n'y a point de colique; la constipation persiste; point de fièvre. Nous pensons qu'il existe un simple embarras gastrique peut-être modifié par la profession du malade, et nous prescrivons 36 grains d'ipécacuanha et de la limonade. Vomissemens verdâtres.

Le 6, la céphalalgie et les nausées sont dissipées; la constipation persiste; lavemens; garde-robe bilieuse abondante.

Le 7, Etat satisfaisant; soupe.

Le 8, sortie.

Il est impossible de méconnaître, chez les malades dont les observations précèdent, l'existence de cette affection appelée état gastrique ou saburral, embarras gastrique, etc. Les symptômes prouvent jusqu'à l'évidence qu'il n'existait pas de gastrite; et le traitement confirme le diagnostic. Chez ces malades l'embarras gastrique constituait toute la maladie. Dans les faits suivans il compliquait une affection plus grave, mais sans la modifier sensiblement.

PREMIÈRE SÉRIE. — DEUXIÈME SECTION

Embarras gastrique compliquant la colique saturnine.

Bien qu'ordinairement uniformes dans leurs effets sur

le canal intestinal, les émanations saturnines agissent cependant parfois d'une manière insolite sur cette partie. Le plus ordinairement ces émanations, en pénétrant dans l'économie par la triple absorption de la peau et des membranes muqueuses respiratoire et digestive, ganglionnaire agit bientôt sur le système nerveux, et détermine un effet de sédation remarquable, dans l'appareil circulatoire par la rareté habituelle du pouls, et dans l'appareil digestif par la diminution des sécrétions biliaire et muqueuse, la constipation, et tous les autres symptômes qui caractérisent la colique saturnine simple. Cette affection, toute spéciale et complétement distincte des inflammations du tube digestif, se montre cependant quelquefois, peut-être une fois sur trente, accompagnée de fièvre, soit que celle-ci dépende de l'idiosyncrasie ou d'une prédisposition du sujet, soit qu'il faille attribuer sa présence à quelque cause surexcitante dont l'action se sera fait sentir en même temps. Bien plus souvent, une fois sur dix, par exemple, tous les phénomènes de sédation que nous avons indiqués plus haut subsistent, excepté ceux qui agissent sur le foie et qui sont remplacés par une augmentation excessive dans la sécrétion de la bile, et annoncés par des vomissemens porracés abondans et un état saburral très-prononcé des voies digestives. Dans quelques cas rares, enfin, on voit la lésion nerveuse ganglionnaire s'étendre au système nerveux de relation, et produire tantôt la paralysie, tantôt l'épilepsie saturnine. Mais, de tous ces phénomènes, nous ne voulons nous occuper maintenant que de ceux de l'embarras gastrique qui complique la colique saturnine. Voici des faits.

Obs. V. — Un fondeur de plomb âgé de trente-six ans, d'une très-forte constitution, entra vers le milieu du mois de mai dans une fabrique de céruse du Pecq et six semaines après, fut atteint de coliques saturnines sans vomissemens, et reçu à l'hôpital de la Charité. On le traita par les purgatifs, il guérit en quinze jours. Rentré à la fabrique de blanc de céruse, il s'y porta bien d'abord, mais vers le 27 juillet il fut pris de nausées, de vomissemens bilieux, de coliques et de constipation. Il entra à Beaujon le 1er août, n'ayant encore employé aucun médicament; on lui fit prendre le soir un lavement purgatif composé de quatre gros de séné, demi-once de sulfate de soude et deux onces de miel de mercuriale que nous prescrivons fréquemment aux malades atteints de colique saturnine simple. Ce lavement ne produisit aucun résultat.

2 août, nous trouvons le facies du malade jaunâtre; son haleine est saburrale, sa langue jaune verdâtre; les vomissemens porracés abondans continuent, la bouche est amère; le malade se plaint de nausées, d'inappétence, de céphalalgie et d'un sentiment pénible de courbature, il éprouve des coliques violentes, n'a point eu de garde-robes depuis quatre jours; il n'a point de fièvre. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha, limonade, diète, trois lavemens composés pour l'après-midi, une pilule de trois quarts de grain d'extrait d'opium privé de narcotine pour le soir. Vomissemens verdâtres d'abord, puis jaunes et abondans.

3, les vomissemens et la courbature ont cessé, la bouche n'est plus ni pâteuse ni amère, mais les coliques et la constipation persistent. Trois lavemens purgatifs composés, diète, limonade, un grain d'extrait thébaïque privé de narcotine pour le soir. Garde-robes peu abondantes, peu de sommeil.

4, coliques, quelques nausées, trois lavemens purgatifs, limonade coupée d'eau de Seltz, deux pilules d'extrait thébaïque. Garde-robes abondantes dans lesquelles se trouvent des fèces dures et arrondies.

5 et 6, diminution sensible des coliques, continuation du traitement. Selles copieuses.

7, cessation des colliques, garde-robe spontanée. Limonade, vermicelle.

11, cet homme sort parfaitement guéri.

Obs. VI. — Le nommé Baudouin, âgé de 28 ans, d'une forte constitution, travailla dans le mois d'avril 1835 à la fabrication du blanc de céruse, et fut atteint de coliques saturnines cinq semaines après. Traité dans un hôpital de Paris, il sortit guéri. Retournant à la fabrique le 19 juin pour voir travailler ses camarades et se trouvant tout-à-fait bien, il résolut de reprendre ses travaux, mais il fut pris dans la journée de coliques, de nausées. Entré à l'hôpital Beaujon le 20 juin, le malade nous présente comme le précédent la réunion des symptômes bilieux et de la colique saturnine. Nous lui prescrivons trente grains d'ipécacuanha en trois doses, deux lavemens purgatifs complets, de la limonade et de la diète. Vomissemens abondans, selles contenant des matières dures.

Le 21, la bouche n'est plus amère, il n'existe plus de nausées, les coliques sont moins vives, le malade se plaint de douleurs lancinantes dans les membres et les reins. Deux lavemens purgatifs composés, limonade, un huitième de grain d'hydrochlorate de morphine répété trois fois dans la journée. Selles nombreuses, sommeil.

Le 22, diminution des douleurs et des coliques. Même traitement, bouillon.

Le 29. garde-robes spontanées; le quart.

Obs. VII. — Oudot, âgé de trente ans, d'une forte constitution, commence à travailler aux Minium le 18 mai 1835, puis se rend à la fabrique de blanc de céruse de Courbevoie, vers la fin de juin. Jusque là point d'accidens, mais vers le 20 juillet anorexie, nausées passagères, céphalalgie, courbature; des coliques et de la constipation se joignent bientôt à ces premiers symptômes: le malade cherche inutilement à les calmer en prenant un mélange d'huile et d'eau-de-vie. Le 30 il entra à l'hôpital Beaujon; des lavemens purgatifs donnés dans la soirée, sont suivis d'évacuations alvines abondantes.

Le 31, les coliques sont moins vives, les douleurs abdominales moins intenses, et cèdent toujours à la pression; mais la céphalalgie, les nausées, l'anorexie, l'amertume de la bouche, l'inappétence, l'haleine saburrale et la couleur jaune de la langue subsistent. Nous insistons sur l'usage des lavemens purgatifs.

Le 1er août, même état. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha, limonade, lavement purgatif composé pour

le soir. Des vomissemens bilieux abondans succèdent à chaque dose d'ipécacuanha, des garde-robes abondantes ont lieu le soir.

Le 2, disparition presque complète des symptômes gastriques, diminution des douleurs abdominales, continuation des lavemens purgatifs.

Le 4, bon état; bouillon.

Le 5, on accorde des alimens et la sortie trois jours après.

Obs. VIII. — La femme Brassier, âgée de vingt-sept ans, d'une assez forte constitution, travaillait depuis deux mois à la fabrique de blanc de céruse de Courbevoie, lorsqu'elle commença à éprouver, vers le 23 septembre, un malaise général accompagné de céphalalgie, d'inappétence, de nausées et de vomissemens bilieux; bientôt de vives coliques et de la constipation se joignirent à ces premiers symptômes; le 28 septembre elle entra à l'hôpital Beaujon.

Les lavemens purgatifs continués jusqu'au 2 octobre, firent cesser la constipation, les coliques, la rétraction des parois abdominales et tous les symptômes qui caractérisaient la colique saturnine; mais ceux qui appartenaient plus spécialement à l'embarras gastrique, persistèrent.

Le 2 août, haleine saburrale, langue couverte d'un enduit jaunâtre épais, nausées, vomissemens bilieux; inappétence; céphalalgie, courbature, urine peu abondante et fortement colorée, apyrexie. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha en trois doses, limonade, lavement purgatif composé, vomissemens abondans de matières muqueuses et bilieuses, soulagement immédiat.

Les 4 et 5, état satisfaisant bien que la malade n'ait pas eu de garde-robes. On lui accorde du bouillon puis des potages.

Le 6, garde-robe spontanée. Le quart.

Le 8, portion sortante.

L'indépendance des deux états morbides, c'est-à-dire de la colique saturnine et de l'embarras gastrique, est évidemment démontrée par les symptômes dans la plupart de ces observations, et surtout dans la dernière. La nécessité de l'usage des évacuans semble aussi évidente qu'avantageuse dans tous ces faits. La disposition à la constipation qui suit quelquefois l'emploi de l'ipécacuanha, nous fait souvent préférer maintenant l'émétique à la racine vomitive du Brésil, lorsque nous avons à combattre l'embarras gastrique chez un sujet en même temps affecté de colique saturnine. C'est ainsi que nous avons agi dans le cas suivant.

Obs. IX. Hermier, terrassier, âgé de trente-sept ans, se mit à travailler au blanc de céruse pendant le mois de décembre 1834, il n'en éprouva aucun inconvénient pendant les sept premières semaines; mais ensuite il fut pris de coliques et de constipation qu'il essaya de guérir à l'aide d'huile de ricin et de lavemens purgatifs. Après cinq jours de traitement il se trouva assez bien pour reprendre son travail. Il y avait quatre jours seulement qu'il était retourné à sa fabrique, lorsqu'il perdit l'appétit. Sa bouche devint pâteuse, amère, il eut des nausées, des vomissemens, de la céphalalgie et des douleurs contusives dans les membres. Des coliques et de la constipation se joignirent à ces premiers symptômes et le malade entra, le 12 février, quatrième jour de sa rechute, à l'hôpital Beaujon. Des lavemens purgatifs procurèrent dans la soirée l'évacuation de matières maronnées.

Le 13 février, les coliques sont moins vives, mais le malade est tourmenté de vomissemens bilieux abondans; il a la bouche amère, la tête pesante et tous les symptômes d'un embarras gastrique, que les garde-robes de la veille n'ont en aucune manière modifié. Le pouls donne seulement cinquante-huit battemens, circonstance fort ordinaire dans les affections hépatiques ou bilieuses apyrétiques, et dans la colique saturnine surtout. Nous avons même vu trois ou quatre fois, sur plus de cent sujets que nous avons observés, le pouls donner seulement quarante-cinq battemens par minute. L'évacuation des premières voies nous paraissant, comme on le disait autrefois, l'indication principale, nous prescrivons à ce malade la solution de deux grains de tartre stibié dans six onces d'eau à donner par cuillerée de cinq minutes en cinq minutes jusqu'à ce que des vomissemens abondans aient eu lieu.

Le 14, le malade a vomi la veille beaucoup de bile verdâtre, les symptômes d'embarras gastrique sont entièrement dissipés; quelques coliques subsistent. Deux lavemens purgatifs, tisane d'orge, diète; garde-robes liquides nombreuses.

Le 15, les coliques ont cessé; bouillon.

Le 16, quelques stries de sang hémorrhoïdal accompagnent les fèces. Lavement émollient, bouillon.

Le 17, l'état du malade est assez satisfaisant pour que l'on accorde des potages et plus tard la sortie, la guérison étant parfaite le 23.

Nous n'augmenterons pas le nombre des faits de cette section. Les symptômes que nous avons rapportés prouvent suffisamment la co-existence de l'embarras gastrique et de la colique saturnine. Ceux qui, comme nous, ont observé fréquemment cette dernière maladie, savent que dans la plupart des cas on ne voit pas cette affection accompagnée de ce cortége de symptômes propres à l'état saburral. Les coliques, les douleurs abdominales diminuant par la pression, la rétraction du ventre, la constipation, quelques douleurs sympathiques dans les membres, la caractérisent habituellement, et cèdent rapidement à l'usage des lavemens purgatifs, sans qu'il soit besoin de recourir aux éméto-cathartiques, que l'on prescrit au contraire avec le plus grand succès dans le cas de complication.

PREMIÈRE SÉRIE. — TROISIÈME SECTION.

Embarras gastrique compliquant une maladie pyrétique, aiguë ou chronique.

Ces cas sont moins fréquens que les précédens: nous nous contenterons d'en citer un petit nombre.

Obs. X. — Nous avons reçu le 7 mars 1836, à l'hôpital Beaujon, une femme de trente ans, nommée Deny,

d'une assez forte constitution et affectée de bronchite intense, avec fièvre depuis quinze jours. Nous reconnûmes à son entrée qu'un embarras gastrique compliquait sa maladie principale, nous n'hésitâmes pas à lui faire prendre l'ipécacuanha; dès le lendemain les symptômes bilieux étaient diminués; il n'en existait plus aucun le jour d'après; la fièvre, causée par la bronchite n'était point augmenté d'intensité.

Les fumigations pulmonaires et les autres moyens appropriés sont maintenant employés à combattre l'affection thoracique, qui n'était point de celles que l'on modifie rapidement et avec succès par l'ipécacuanha.

Embarras gastrique survenu pendant le cours d'une phthisie pulmonaire.

Obs. XI. — Une femme de 36 ans, couchée dans la salle Sainte-Thérèse, et atteinte de phthisie pulmonaire avec excavation bien constatée, éprouva pendant son séjour au mois de juillet, tous les symptômes de l'embarras gastrique. Nous lui donnâmes 18 grains d'ipécacuanha en trois doses; elle eut des vomissemens bilieux abondans et des selles liquides jaunâtres.

Le lendemain la malade se trouvait soulagée des symptômes saburraux; elle désirait prendre quelques alimens.

La phthisie ne s'était point exaspérée sous l'influence de la médication évacuante, qui a, comme tant d'autres, été inutilement conseillée contre elle. Chez une malade plus débilitée que celle-ci nous nous serions contenté d'employer quelques boissons acidules contre l'embarras gastrique.

DEUXIÈME SÉRIE.

Embarras gastrique avec fièvre.

Soit que cela dépende de l'idiosyncrasie de certains sujets dont les systèmes nerveux et vasculaire sont plus facilement excités par la souffrance d'une partie quelconque de l'économie; soit que, dans quelques cas d'embarras gastrique, la bile acquière des qualités irritantes, qu'il est facile de constater, et qui agissent sur les houppes nerveuses de l'estomac, puis sympathiquement sur l'organe central du système circulatoire, il est démontré que l'on observe certains cas d'embarras gastriques accompagnés de fièvre, et qu'un observateur ne peut confondre avec une gastrique présentant des vomissemens bilieux. Les causes, les symptômes et le résultat du traitement établissent entre ces deux états compliqués trop de différence. En voici quelques exemples.

Obs. XII. — La nommée Gourdec, âgée de 26 ans, éprouva à la fin du mois d'avril, sans cause appréciable, cinq accès de fièvre tierce. Cette maladie se dissipa spontanément, mais elle fut suivie d'un malaise général qui obligea la malade d'entrer au commencement du mois à l'hôpital Beaujon.

Le 5, les accès fébriles ne sont pas revenus, mais le pouls est constamment fréquent et la peau un peu brûlante. La malade éprouve une douleur prononcée à l'épigastre; cette douleur augmente à la pression. Il existe en même temps de l'anorexie, des nausées, des vomissemens bilieux; la langue est couverte d'un enduit jaunâtre, épais; la bouche est pâteuse et amère; la malade se plaint de céphalalgie sus-orbitaire, d'insomnie et de douleurs contusives dans les membres. La limonade et le petit lait prescrits depuis plusieurs jours n'ont en aucune manière modifié la maladie. Nous prescrivons 24 grains d'ipécacuanha à prendre en trois doses. Chacune d'elles est suivie de vomissemens bilieux. Le soir garde-robe de même nature. Sommeil paisible pendant la nuit.

Le 6 mai, pouls normal; peau fraîche; épigastre indolent; langue encore un peu jaunâtre; disparition de tous les autres symptômes d'embarras gastrique. Limonade, bouillon.

Les alimens sont désirés et digérés facilement le lendemain; et quelques jours après Gourdec sort parfaitement guérie.

Obs. XIII. — Un garçon de 20 ans, d'une faible constitution, entre à l'hôpital Beaujon atteint depuis six jours, sans qu'il puisse en indiquer la cause, de fièvre et de malaise que la diète et l'usage de la limonade, continués le 9, n'amendent point.

Le 10, symptômes d'embarras gastrique très-prononcés; douleur et anxiété épigastrique; pouls fréquent; peau brûlante. 24 grains d'ipécacuanha en trois doses; limonade. Vomissemens bilieux abondans; quelques garde-robes bilieuses.

Le 11, la fièvre et les symptômes d'embarras gastriques ont cessé. Nous accordons des potages aux instances du malade.

Sa santé se rétablit promptement et il sort complétement guéri le 19 juillet.

Obs. XIV. — Le nommé Dudoigt, doué d'une bonne constitution, contracta une affection catarrhale de poitrine à la suite d'un refroidissement. Cette maladie se dissipa, mais laissa après elle une affection gastrique fébrile, pour laquelle Dudoigt entra à l'hôpital le 7 mars 1836.

A la visite du lendemain nous lui trouvons le teint jaunâtre, l'haleine saburrale, la langue couverte d'un enduit épais. Il se plaint d'amertume à la bouche, d'anorexie, de nausées. La soif est vive, l'épigastre un peu douloureux à la pression; la peau chaude; le pouls donne 96 battemens; le thorax est sonore et la respiration facile.

Nous donnons dans trois onces d'eau, à prendre en trois doses, 10 grains d'extrait d'ipécacuanha, préparé selon la méthode de déplacement par M. Dausse. Nous prescrivons une infusion pectorale et un julep béchique. La première dose seule est suivie de vomissemens, les deux autres ne produisent aucun effet. Nous avons quelques jours après prescrit 12 grains de la même préparation à deux femmes. Elles ont eu des vomissemens aussi abondans qu'auraient pu en occasionner 24 grains de poudre d'ipécacuanha. L'extrait a sur la poudre l'a-

vantage de donner une potion assez limpide et non désagréable à la vue ni au goût. Ces avantages pourraient lui faire donner la préférence dans quelques cas.

Le 9 mars, les symptômes d'embarras gastrique subsistent. 24 grains d'ipécacuanha en trois doses; pectorale; diète. Vomissemens bilieux et muqueux; selles bilieuses.

Le 10, amélioration très-notable; point de douleur épigastrique; 54 pulsations. Bouillon.

Les jours suivans la convalescence se confirma; le pouls reprit son rithme normal.

Le 12, le malade mangeait le quart et il sortit parfaitement guéri le 16.

Nous ne multiplierons pas davantage ces exemples de disparition de douleur épigastrique et de fièvre, sous l'influence de l'ipécacuanha, lorsque ces accidens compliquent l'embarras gastrique. Exposons maintenant les faits qui prouvent l'insuffisance des antiphlogistiques contre l'état bilieux.

TROISIÈME SÉRIE.

Embarras gastrique; insuffisance des évacuations sanguines; nécessité des évacuans.

Obs. XV. — Watblée, charcutier, âgé de 22 ans, entre le 2 septembre à l'hôpital Beaujon, ressentant depuis quatre jours, à la suite d'un excès de boisson, un malaise général, avec anorexie, nausées, vomissemens bilieux. On l'a saigné chez lui sans qu'il ait été soulagé. Le soir de son entrée il est pris d'une épistaxis assez abondante.

Le 3 septembre, la céphalalgie persiste; la bouche est pâteuse, amère, la langue couverte d'un enduit jaune, l'épigastre un peu douloureux : le pouls n'est ni fort; ni dur, mais il donne 104 battemens par minute; la peau est chaude. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha; limonade; diète. Deux vomissemens bilieux.

Le 4, cessation de la céphalalgie, de l'anorexie et de la douleur épigastrique; diminution très-grande de la fréquence du pouls. Limonade; Bouillon.

L'amélioration augmente les jours suivans et les fonctions digestives se rétablissent en peu de jours.

Obs. XVI. — Une femme de quarante ans, bien réglée, d'une forte constitution et d'un embonpoint prononcé, éprouve depuis un mois, à la suite de quelques écarts de régime, de l'inappétence, des nausées, des vomissemens bilieux, un sentiment de brûlure à l'épigastre, de la céphalalgie et de la fièvre. Elle entre à l'hôpital Beaujon le 29 mars.

Le 30, la fièvre est intense, les symptômes bilieux prononcés. Saignée du bras; cataplasme sur l'épigastre; limonade; diète.

Le 31, même état; 15 sangsues à l'épigastre; limonade; diète.

Le 1er avril, diminution légère de la fréquence du pouls et de la douleur épigastrique; persistance de la céphalalgie, des nausées, des régurgitations bilieuses, de l'inappétence et de la constipation. 24 grains d'ipécacuanha; limonade; diète. Trois vomissemens bilieux abondans.

Le 2, diminution très-prononcée des symptômes bilieux; la constipation persiste; le pouls qui donnait la veille 96 battemens n'en donne plus que 80. Limonade; diète.

Le 4, apyrexie; persistance de la constipation. Deux onces d'huile de ricin; garde-robes bilieuses.

La convalescence devient évidente les jours suivans; l'appétit et les fonctions digestives se rétablissent assez bien pour permettre à cette femme de sortir de l'hôpital le 17 avril.

Obs. XVII. — Une femme de 47 ans, entre le 29 juin à l'hôpital Beaujon, offrant depuis plusieurs jours, à la suite d'excès en alimens, tous les symptômes de l'embarras gastrique. Nous trouvons en outre le pouls très-fréquent, la région épigastrique douloureuse et le bord de la langue un peu rouge, bien que toute la surface de l'organe soit recouverte d'un enduit jaunâtre épais. 15 sangsues à l'épigastre; cataplasme; limonade; diète.

Le 1er juillet, le bord de la langue est un peu moins rouge et la fièvre moins vive; mais la céphalalgie, les nausées, l'anxiété épigastrique et les autres symptômes bilieux persistent. 24 grains d'ipécacuanha en trois fois; limonade; diète. Quatre vomissemens bilieux.

Le 21, l'état gastrique s'est dissipé, mais il reste encore un peu de fréquence dans le pouls. Limonade; diète.

Le 4, plus de fièvre; désir de prendre des alimens; constipation. Bouillon.

Le 5, état satisfaisant quoique la constipation persiste; demi-quart.

Le 6, même état; deux onces d'huile de ricin.

Le 8, guérison parfaite; sortie de l'hôpital.

Obs. XVIII. — Un jeune homme de 22 ans, d'une constitution peu forte, entre à l'hôpital Beaujon le 25 juillet éprouvant depuis huit jours tous les symptômes de l'embarras gastrique, accompagné de douleur à l'épigastre et de fièvre. Déjà il s'est fait appliquer 35 sangsues en deux fois et il n'en éprouve aucun soulagement. L'état fébrile nous détermine le 26 juillet, à faire une nouvelle application de 15 sangsues et à continuer les cataplasmes, la limonade et la diète.

Le 29, aucune amélioration; les symptômes d'embarras gastrique sont plutôt augmentés, 24 grains d'ipécacuanha en trois prises. Vomissemens bilieux peu abondans, mais qui sont suivis d'une amélioration rapide.

Le 30, la fièvre a cessé; l'appétit se fait sentir; la langue s'est nétoyée; l'épigastre n'est plus douloureux. Limonade; bouillon.

On accorde des potages les jours suivans.

Le 6 août, au milieu de la convalescence le mieux prononcée, nous voyons se développer sur la poitrine et le ventre une éruption de sudamina nombreux dont la dessiccation s'opère en trois jours.

Le 12, guérison parfaite et sortie.

Nous ne rapporterons pas un plus grand nombre de faits; nous en avons exposé quelques autres dans un *Compte rendu*, page 519 du tom. I de la deuxième série des *Archives de médecine*.

Serions-nous parvenus à guérir les malades de cette troisième série par l'ipécacuanha seul, comme ceux de la seconde? En d'autres termes, les évacuations sanguines qui ont commencé le traitement ont-elles été inutiles? Je ne le pense pas. Les faits démontrent bien que l'état gastrique n'a cédé chez ces malades de la troisième série qu'aux évacuans, mais ils démontrent aussi que chez eux des causes plus évidentes d'excitation avaient occasionné la maladie, et que celle-ci était accompagnée de symptômes fébriles et de douleur épigastrique peut-être un peu plus prononcées; ils font voir en outre que souvent ces deux symptômes ont au moins diminué d'intensité sous l'influence des évacuations sanguines. Il est donc rationnel d'admettre que le traitement mixte a été utile et que l'un et l'autre exclusivement employés auraient été insuffisans. Nous verrons en effet dans notre dernière série d'observations que dans certaines circonstances l'ipécacuanha employé seul, trop tôt, sans indication suffisante ou sans précaution, peut déterminer des accidens d'irritation gastrique plus ou moins graves et qui obligent de recourir à l'usage des antiphlogistiques.

QUATRIÈME SÉRIE.

Embarras gastriques; emploi de l'ipécacuanha suivi de symptômes d'irritation gastrique; des évacuations sanguines calment les accidens.

Obs. XIX. — Une femme de 41 ans, bien réglée et d'une forte constitution, se plaint, sans pouvoir en indiquer la cause, d'éprouver depuis huit jours du malaise et de l'inappétence. Elle entre à l'hôpital Beaujon le 3 août.

Le 4, céphalalgie sous-orbitaire; teint un peu safrané; haleine saburrale; langue chargée d'un enduit épais, jaunâtre et rouge sur les bords; épigastre douloureux; soif vive; fièvre peu intense. 24 grains d'ipécacuanha en trois prises; limonade; diète. Vomissemens bilieux; une garde-robe.

Le 5, amendement notable dans les symptômes bilieux, mais le pouls est plus fréquent; la peau plus chaude; les yeux et tout le visage sont injectés; la tête est pesante, la malade y éprouve des battemens incommodes. Saignée du bras; limonade; lavement; diète.

Le 6, tout l'appareil fébrile de la veille s'est dissipé; l'appétit revient. On continue la limonade et l'on accorde graduellement une quantité convenable d'alimens. La malade se rétablit en quelques jours.

Obs. XX. — Une femme de 26 ans, d'une forte constitution, atteinte depuis plusieurs jours, sans cause précise, de symptômes d'embarras gastrique, de constipation, de douleur épigastrique et de fièvre, entre le 8 juillet 1835 à l'hôpital Beaujon. Nous lui faisons pratiquer une saignée du bras et nous lui prescrivons immédiatement après 24 grains d'ipécacuanha. Vomissemens bilieux.

Le 9, enduit de la langue moins épais; haleine moins saburrale; soif nulle; mais persistance de la constipation et de la douleur épigastrique; peau chaude; 94 pulsations. Une once et demie d'huile de ricin; limonade. Un vomissement bilieux; six garde-robes liquides.

Le 10, augmentation de la douleur épigastrique qui s'est prolongée dans l'hypocondre gauche; fièvre; 15 sangsues et cataplasmes à l'épigastre; diète; limonade.

Le 11, amélioration marquée; une nouvelle application de sangsues et la continuation des émolliens dissipent promptement les accidens.

Il est évident que l'ipécacuanha a été donné trop tôt à ces deux malades, et que, si nous eussions employé les boissons émollientes et acidules pendant quelques jours, ou une évacuation sanguine avant de prescrire la poudre vomitive, les accidens d'irritation gastrique que nous avons observés ne se seraient pas développés. L'insuccès qui a suivi cette prescription précipitée ne sera pour personne, je pense, un motif de rejeter l'usage de l'ipécacuanha dans l'embarras gastrique; car, si l'on compte les faits, on verra que ceux d'insuccès sont en bien petit nombre en comparaison de ceux dans lesquels la médication a réussi d'une manière si évidente. Nous ajouterons d'ailleurs que nous exposons tous nos cas malheureux, et nous pourrions rapporter trois fois plus de faits favorables que nous n'en avons cités. Voici encore deux autres observations dans lesquelles l'usage de l'ipécacuanha n'a pas été complétement avantageux.

Obs. XXI. — Poullot, domestique, âgée de 25 ans, se fatigue beaucoup et perd l'appétit dans le commencement du mois d'août. Sa bouche devient pâteuse, amère; le malaise augmente et elle entre à l'hôpital Beaujon le 29 août.

Le 30, céphalalgie sus-orbitaire; langue rouge sur les bords et couverte d'un enduit jaunâtre, épais; anxiété épigastrique prononcée; vomissemens bilieux; pas de fièvre. 24 grains d'ipécacuanha en trois prises; limonade; diète. Vomissemens bilieux et garde-robes de même nature.

Le 31, état satisfaisant des voies gastriques; limonade; un potage.

Le mieux continue les deux jours suivans.

Le 4 septembre, probablement la malade a fait quelque excès qu'elle n'avoue pas; sa langue est rouge et sèche; des rapports acides incommodes, ont lieu; le pouls est fréquent. Un gros de magnésie calcinée en trois prises; infusion de mauve; bouillon.

Le 5, langue rouge, mais humide; plusieurs garde-robes; point d'aigreur; apyrexie. Infusion de mauve; bouillon.

La santé se rétablit complétemens les jours suivans.

Obs. XXII. — Une femme nommée Lefèvre, âgée de 51 ans, d'une forte constitution, éprouve sous l'influence de la saison chaude ou de fatigues tous les symptômes de l'embarras gastrique; elle entre, le 13 août, dix ou douze jours après l'invasion de la maladie, à l'hôpital Beaujon.

Le 14, ailes du nez jaunâtres; céphalalgie; haleine saburrale et tous les symptômes de l'embarras gastrique le plus prononcé; pouls un peu fréquent. 24 grains d'ipécacuanha en trois fois; limonade; diète. Vomissemens bilieux.

Le 15, la fièvre a cessé ; les symptômes bilieux sont en grande partie dissipés. Limonade ; diète.

Le 16 ; état très-satisfaisant ; potages.

L'amélioration augmente assez les jours suivans pour permettre de légers alimens.

Le 19, langue rouge sur toute la surface, nausées, douleurs à l'épigastre, fièvre vive. 15 sangsues et cataplasmes sur l'épigastre ; tisane de mauve ; diète.

Le 20, les symptômes de phlegmasie gastrique ont cédé. Cataplasme, mauve, diète.

On accorde une petite quantité d'alimens les jours suivans ; et le 28 la femme Lefèvre sort de l'hôpital parfaitement guérie.

L'amélioration rapide qui suivit chez ces deux malades l'usage de l'ipécacuanha, montre que cette médication était indiquée. Elle eût été sans doute suffisante si ces deux femmes n'eussent fait l'une et l'autre des écarts de régime qui nous ont été dénoncés. C'est à ces écarts qu'il faut attribuer les accidens survenus quelques jours après l'administration de l'ipécacuanha. Ces accidens prouvent que la médication évacuante n'exempte pas des précautions hygiéniques qui doivent faire partie du traitement des maladies de l'appareil digestif. C'est principalement ce que démontre cette quatrième série de faits.

Quelques réflexions générales.

Bien qu'évidemment utile le traitement évacuant, dont nous avons rapporté d'assez nombreux succès, est néanmoins généralement abandonné des praticiens. Cet abandon ne peut être attribué qu'à l'unité à laquelle on a voulu rapporter toutes les affections de l'estomac et au traitement unique que l'on a dû proposer contre elles. Nous sommes arrivés à une époque où une telle confusion ne saurait subsister. Si l'on demande encore qu'est-ce que l'embarras gastrique, l'état saburral ou bilieux, sinon une forme de la gastrite? nous répondrons que rien n'est plus distinct que ces deux états morbides. On voit souvent l'une et l'autre maladies se développer sous l'influence de causes opposées : et si comme dans la plupart des autres affections la cause restant ignorée, ne peut établir entre ces maladies de différences tranchées, les symptômes qui caractérisent chacune d'elles, et le traitement spécial que chacune d'elles réclame, suffisent pour ne pas les confondre. S'il existe entre ces maladies des symptômes communs, tels que des vomissemens bilieux et du trouble dans la digestion, on en trouve assez de différentiels pour ne pas prendre l'une pour l'autre. Dans la gastrite : face plus ou moins animée, langue rouge, chaleur ardente de la bouche, soif vive, éloignement pour les alimens dans la crainte qu'ils ne nuisent, douleur épigastrique habituellement vive, fièvre presque constante, etc. Dans l'embarras gastrique : teint jaune, surtout aux ailes du nez, langue grise ou jaunâtre, haleine saburrale, désir exclusif des boissons acides, anorexie absolue, anxiété épigastrique et rarement douleur à l'épigastre, fièvre nulle ou peu intense, etc. Lorsque ces deux affections ne sont pas très-fortes, elles peuvent céder à un long usage des délayans et de la diète, mais lorsqu'elles sont très-prononcées, l'une se dissipe aussi promptement par l'usage des sangsues et des émolliens, que l'autre par l'emploi de l'ipécacuanha et des acidules.

Que, si l'on veut établir entre elles des différences anatomiques, il est facile de le faire. La circulation capillaire de la membrane muqueuse de l'estomac a subi dans la gastrite aiguë des modifications qui se manifestent par l'aspect pointillé, arborescent ou en plaques de la rougeur inflammatoire de sa membrane muqueuse, la densité moindre de son tissu et souvent une diminution notable du fluide perspiratoire qu'on y rencontre. Dans l'embarras gastrique le système vasculaire ne semble pas altéré, mais les follicules muqueux sont plus développés, la sécrétion muqueuse beaucoup plus abondante et plus ou moins modifiée, ainsi que celle de la bile qui du duodénum reflue en abondance vers l'estomac. Rien de plus commun que de constater par l'autopsie cadavérique les lésions qui caractérisent la première de ces affections ; ce n'est qu'accidentellement que l'on a pu observer celles qui appartiennent à la seconde. Nous n'avons point eu à les noter dans aucun des cas que nous avons observés. L'état gastrique ne paraît être autre chose qu'une altération sécrétoire des follicules muqueux de l'estomac et du duodénum, le plus souvent accompagné d'une augmentation de sécrétion de la bile. L'ipécacuanha ou l'émétique expulsent les produits altérés de ces sécrétions, modifient et ramènent à l'état normal les organes qui les avaient fournis.

Ces deux maladies ont entre elles, autant de différence qu'elles en présentent l'une et l'autre avec la gastralgie, affection sur laquelle M. Barras a appelé l'attention des médecins, il y a quelques années. Aussi l'expérience démontre-t-elle que le traitement de ces trois états morbides ne saurait être le même.

Pour ne nous occuper ici que de celui de l'embarras gastrique, quoi de plus évident que le succès obtenu par l'ipécacuanha chez les malades des diverses nuances qui composent la première série d'observations et chez ceux de la seconde série! Aurait-on de semblables succès en employant contre cette maladie les antiphlogistiques? Que l'on examine les observations de la troisième série, et l'on verra que les saignées et les sangsues ont été utilement employées, et que l'ipécacuanha seul a pu dissiper l'ensemble des symptômes bilieux ou d'embarras gastrique.

Les différens faits que nous venons d'exposer nous semblent suffisans pour conclure :

Que la maladie à laquelle on a donné le nom d'embarras gastrique, existe ;

Que cette maladie est distincte de la gastrite, souvent par les causes et toujours par les symptômes qui la caractérisent et le traitement qui lui convient ;

Que l'on obtient dans l'embarras gastrique des succès aussi rapides et aussi peu contestables de l'emploi des vomitifs, que ceux que les antiphlogistiques procurent dans la gastrite :

Que les vomitifs suffisent seuls quand il n'y a point d'irritation gastrique inflammatoire ;

Qu'ils suffisent souvent seuls lorsqu'il existe des symptômes d'irritation gastrique peu intense, ou que l'on peut penser que la sécrétion morbide est elle-même la cause de cette irritation;

Que quand les deux affections coexistent, les deux traitemens peuvent être combinés avec avantage, mais qu'ils réclament alors toute l'attention du médecin;

Qu'enfin, donné à propos contre l'embarras gastrique et dans les conditions que nous avons indiquées, l'ipécacuanha ne détermine pas d'irritation gastrique, et que toute autre médication prolonge la maladie et démontre la nécessité de la médication évacuante.

Un reste de crainte de déterminer une inflammation d'estomac par l'usage des évacuans, nous a fait préférer l'ipécacuanha à l'émétique. L'observation 9, et d'autres que nous n'avons pas cru devoir publier de peur d'étendre inutilement ce mémoire, nous ont prouvé que l'émétique n'est pas plus nuisible que l'ipécacuanha lorsqu'on le prescrit comme vomitif dans les circonstances que nous avons indiquées. On évite en l'employant l'effet de constipation que l'ipécacuanha produit quelquefois, et que nous avons noté dans les observations 16, 17 et 20. D'un autre côté, l'ipécacuanha a sur l'émétique l'avantage d'être plus constamment vomitif, ce qui, dans ce cas, devrait lui faire donner la préférence. On peut les unir utilement.

Quelques médecins ont reconnu comme nous les avantages des évacuans contre l'embarras gastrique. Cette médication est cependant repoussée par plusieurs praticiens, et négligée par beaucoup d'autres : les succès qu'on en obtient pour remplir certaines indications positives, nous ont engagés à publier les faits que nous venons de relater; ils ont trait à l'embarras gastrique ou à l'état bilieux idiopathique seulement. Nous publierons dans un autre mémoire ceux qui ont rapport aux érysipèles, aux angines et aux pleuro-pneumonies bilieuses, affections bilieuses symptômatiques rares il est vrai, mais qui présentent, sous le double rapport de la pathologie et de la thérapeutique, un intérêt d'autant plus grand qu'on les a négligés davantage dans ces derniers temps.

N° 17. — 23 Avril.

Mémoire sur certaines perforations spontanées de la vessie, non décrites jusqu'à ce jour, par L.-Aug. Mercier, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

(Première partie.)

L'histoire des maladies des voies urinaires a de nos jours fait de rapides progrès; plusieurs des parties dont elle se compose sont tellement avancées qu'elles semblent toucher de bien près le terme de la perfection; d'autres cependant sont restées en arrière; quelques points sont encore très-obscurs, et ce ne sont pas les moins importans, puisqu'il en est qui compromettent presque infailliblement la vie des malades. Les perforations de la vessie sont-elles dans ce cas? c'est ce que je me propose d'examiner.

On admet généralement que la vessie peut se rompre dans deux circonstances, savoir, lorsque cet organe, étant rempli d'urine, mais sain d'ailleurs, est soumis à une forte pression; ou bien lorsque sans violence extérieure, mais seulement par suite d'une distension trop grande, il est frappé de gangrène. (Chopart, Boyer.) Puis on trouve encore indiquées çà et là, comme pouvant aboutir à une perforation, 1° les ulcérations produites par la pression permanente du bec d'une sonde dans le même point; 2° celles qui, résultant d'une inflammation simple, détruisent successivement toutes les tuniques de l'organe. Enfin, quelques auteurs décrivent en outre un mode de perforation vésicale dont je vais indiquer immédiatement la formation.

La vessie est, comme chacun sait, formée de trois tuniques, une interne *muqueuse*, une médiane *musculaire*, une externe *péritonéale*, qui ne tapisse que la paroi postérieure de l'organe, et en partie ses faces latérales. La couche musculaire est formée de fibres verticales, circulaires et quelques-unes obliques. Ces fibres sont disposées par faisceaux qui, se croissent en divers sens, laissent entre eux de petits écartemens; et lorsqu'en vertu d'un obstacle quelconque l'urine, pressée par la contraction de ces faisceaux, ne peut s'écouler par l'urètre, elle tend à s'échapper là où se trouve moins de résistance, pousse la muqueuse dans les points où les fibres musculaires offrent de lacunes, augmente les écartemens, et se forme ainsi des poches quelquefois très-amples, que des anatomistes ont prises pour des vessies surnuméraires, mais que d'autres, appréciant mieux leur structure, ont regardées comme de vraies hernies de la muqueuse vésicale. (Morgagni, épist. XLII, art. 30 et seq.; Adv. anat.; anim. 36; Houstel, Mém. acad. de ch., t. I.) Ces *appendices* de la vessie, comme l'explique très-bien leur mode de formation, n'ont pas de tunique musculaire (1), sont par conséquent dénués de contractilité, et ne peuvent expulser l'urine, dont le séjour prolongé y forme des dépôts de diverse nature, enflamme leurs parois, les ulcère, et finit par les perforer.

Mais ce ne sont pas toujours des poches comme celles que je viens de décrire qui se forment; il n'est personne qui n'ait vu des vessies parsemées à l'intérieur de petits culs-de-sacs ayant une profondeur, une direction et un diamètre variables. Leur profondeur peut avoir de 1 jusqu'à 9 lignes; leur direction, souvent perpendiculaire à la muqueuse, marche souvent aussi très-obliquement dans l'épaisseur de la couche musculaire, puis entre elle et le péritoine; leur orifice est plus ou moins arrondi, leur diamètre est ordinairement celui d'une plume à écrire et à peu près le même

(1) Souvent au fond de ces larges poches, le tissu cellulaire qui sépare la muqueuse du péritoine s'épaissit et prend une structure fibreuse qui pourrait en imposer pour du tissu musculaire.

dans toute leur longueur ; quelquefois dans leur fond viennent aboutir un ou deux embranchemens. Ajoutons que la muqueuse qui les tapisse se continue parfaitement avec celle de la vessie, dont elle offre tous les caractères, excepté peut-être qu'elle a un peu plus de finesse, et que tantôt elle se trouve en contact immédiat avec le péritoine, et tantôt en est encore séparée par une épaisseur variable de tissu musculaire. C'est surtout sur les côtés et à la partie inférieure de la paroi postérieure de la vessie, au-dessus des orifices des uretères, que ces petits culs-de-sacs s'observent. Ils se produisent comme les appendices vésicaux chez les individus affectés de dysurie prolongée, et qui ont souvent fait des efforts pénibles pour uriner.

Souvent au bout d'un certain temps la muqueuse s'érode au fond de ces *cellules* ou *alvéoles,* d'où résultent les épanchemens d'urine que je me propose d'étudier. Ces perforations, d'après ce que j'ai vu, me semblent assez communes ; et cependant je n'en ai trouvé nulle part une description exacte. Je crois qu'on les a confondues avec celles que produisent les sondes : et ce qui a pu induire en erreur, c'est qu'elles ont très-souvent lieu après un emploi plus ou moins prolongé de ces instrumens ; qu'elles en ont la forme, à peu près le diamètre, et que souvent elles siégent là où les sondes viennent arcbouter quand elles sont trop enfoncées. Moi aussi je partageais cette croyance avant que l'anatomie pathologique et diverses autres circonstances eussent changé mon opinion à cet égard ; mais pour faire partager aux autres ma conviction, il est nécessaire avant tout d'exposer des faits.

Obs. I. (1) — Jacques Laurent, ancien musicien, âgé de 68 ans, entra le 4 novembre 1833, à la salle de chirurgie pour une rétention d'urine.

L'urètre de cet homme était extrêmement libre, et pendant tout le cours de l'année 1834 que je l'observai, il se sondait lui-même avec facilité. Sans cette opération il ne pouvait uriner, et éprouvait, lorsque le besoin se faisait sentir, les plus violentes douleurs. Deux ou trois fois au moyen de l'algalie on crut sentir un calcul ; le plus souvent les explorations furent infructueuses.

Il resta dans cet état jusqu'au mois d'octobre, époque où, se trouvant un peu mieux, il passa à la salle des convalescens. Vers le commencement de décembre il commença à ressentir aux environs du rectum des douleurs extrêmement vives, qui ne cédèrent ni aux tisanes émulsionnées, ni aux bains entiers qu'on lui administra. Il rentra donc dans le courant de décembre à la salle de chirurgie, où malgré les soins les mieux entendus ses douleurs persistèrent et sa santé déclina rapidement. Malgré cela il se sondait toujours lui-même, mais ses urines étaient devenues fétides et purulentes. Telle était la position de ce malade quand je quittai le service où il était (1er janvier 1835).

D'après bon nombre de renseignemens, je sus que son état s'aggravant toujours de plus en plus, et du trouble survenant dans ses idées, on lui mit, le 5 janvier, une sonde élastique à demeure. Le 18, il fut pris d'une péritonite intense qui l'emporta bientôt ; c'est le 23 qu'il succomba.

J'assistai à l'autopsie. Au niveau du ligament suspenseur de la verge, la paroi inférieure de l'urètre présentait une rougeur très-vive de la muqueuse, ayant 15 lignes de longueur, et terminée en arrière par une ulcération commençante. Cette inflammation était un effet de la pression de la sonde en cet endroit. La prostate et le col de la vessie offraient une cause de rétention d'urine que je décrirai dans un autre temps. On trouva la muqueuse brune, épaissie ; dans son intérieur étaient du pus et un calcul blanc, friable, assez volumineux, et offrant sur ses faces latérales des tissus encore enduits de la substance dont sont formées les sondes élastiques.

Sur les parois postérieure et même antérieure de l'organe existent de nombreuses cellules où s'enfonce la muqueuse ; ces cellules ont le diamètre d'une plume à écrire, et plusieurs d'entre elles conduisent jusqu'au péritoine. On en remarque entre autres deux qui sont situées en arrière, l'une à droite à plus d'un pouce au-dessus de l'orifice de l'urètre de ce côté, l'autre à un demi-pouce au-dessus de l'urètre gauche ; toutes deux conduisent dans un vaste foyer purulent qui existe derrière la vessie, entre sa tunique musculaire et la péritonéale, immédiatement au-dessus de la prostate. La fistule gauche a un trajet direct, et la muqueuse y a presque entièrement disparu ; mais celle du côté droit se dirige obliquement en bas, et la muqueuse vésicale la tapisse jusqu'au foyer. Là cette membrane cesse brusquement après un trajet de quatre lignes ; elle est noirâtre près du point où elle se termine.

L'abcès dont je viens de parler contient un verre au moins de pus blanc-verdâtre, assez épais, ayant une odeur d'urine putréfiée. Ses parois sont indurées, non friables ; à leur surface elles sont noires et tapissées dans une assez grande étendue, surtout en bas, d'une pseudo-membrane assez facile à enlever, blanche, formée évidemment de pus concréfié et recouvrant une surface noire comme le reste. Cet abcès communique avec la cavité abdominale par une ouverture de six ou huit lignes transversalement, et de trois ou quatre d'avant en arrière. Par cette ouverture le pus se répandait dans le ventre, où on en trouva deux ou trois litres. Mais ce dernier était plus liquide, probablement en raison de la sécrétion du péritoine enflammé. Çà et là se trouvaient des pseudo-membranes molles et récentes.

Il y avait une infiltration gélatiniforme assez épaisse de la pie-mère.

Chez ce malade, l'invasion de la péritonite indique assez clairement l'époque où l'abcès s'ouvrit dans le péritoine ; mais il n'est pas tout à fait aussi facile de remonter à l'époque de sa formation. Toutefois, elle

(1) Toutes mes observations ont été recueillies pendant un séjour de deux années à l'hospice de la vieillesse-hommes (Bicêtre). Je saisis cette occasion pour remercier MM. Muret et Prus, mes maîtres, pour toutes les bontés dont ils m'ont honoré.

était déjà assez éloignée quand l'individu mourut, car tout le démontre. Autour les tissus sont durs ; ils ne sont pas infiltrés, enflammés, friables comme cela a lieu autour des dépôts de date récente ; l'altération est au contraire très-bien limitée ; les parois sont noires et lisses ; du pus concréfié à leur surface y forme une couche blanche, semblable à une fausse membrane. Cet abcès me paraît donc dater du moment où de violentes douleurs se firent sentir vers le rectum, et cela eut lieu un mois à peu près avant qu'on mit la sonde à demeure, deux mois avant la mort.

Des deux fistules, l'une, il est vrai, située presque vis-à-vis de l'orifice de l'urètre, était directe et n'offrait plus que quelques débris de muqueuse ; mais l'autre se trouvait dans des conditions tout opposées ; sa muqueuse était intacte jusqu'au foyer ; sa direction oblique en bas et en arrière, ce qui serait inconciliable avec la supposition qu'elle aurait été produite par la sonde, de quelque manière qu'on la suppose avoir agi, que ce soit lentement ou bien tout à coup au moment d'une introduction trop brusque. Et à ce sujet remarquons que l'urètre de cet homme était très-libre ; il se sondait, il est vrai, lui-même, mais y était très-habitué et le faisait toujours avec facilité.

En résumé, je crois que ces deux perforations, que l'une au moins était spontanée, et qu'elle avait lieu au fond d'une cellule, comme il en existait tant d'autres même sur la paroi antérieure. Si cependant le lecteur pensait encore que le séjour de la sonde pendant un mois dans l'urètre pût expliquer les deux perforations que nous venons de voir, voici une observation où ce séjour fut bien moins prolongé.

Obs. II. — Le nommé Béguin, âgé de 53 ans, entra à la salle de chirurgie le 16 septembre 1834, pour une rétention d'urine de cause traumatique.

Il nous dit qu'il y a environ deux ans, il tomba sur le périnée, et qu'à la suite de cette chute il avait uriné du sang. Il se forma en outre dans cette région un dépôt qu'on fut obligé d'ouvrir et par lequel il sortit encore du sang. On mit une sonde élastique à demeure et la guérison s'opéra. Plus tard il survint de la difficulté d'uriner, et, des fistules s'étant établies au périnée, Dupuytren, qui traita cet homme, lui mit des bougies, puis des sondes à demeure. Dès que le cours des urines fut rétabli, Béguin sortit de l'Hôtel-Dieu avant que ses fistules fussent parfaitement cicatrisées, et parvint à se faire admettre à l'hospice de Bicêtre.

A son entrée à la salle de chirurgie, il portait au milieu du périnée deux fistules, une de chaque côté du raphé. Un troisième orifice fistuleux existait sur le côté droit du scrotum, un quatrième situé plus en arrière présentait des végétations livides. Non loin de ce dernier, mais de l'autre côté du raphé s'en trouvait un cinquième ; enfin il y en avait un sixième de ce même côté gauche près de la racine de la verge.

Sous tous les autres rapports Béguin se portait bien, et il avait un ferme désir de se débarrasser de son incommodité ; car presque toute son urine sortait par les fistules, très-peu par l'urètre. Avec une bougie on parvenait facilement jusqu'au bulbe ; mais là impossible d'outrepasser, si petit que fût l'instrument. Comme le malade savait se sonder, on lui donna une bougie, et chaque jour il réitérait ses tentatives. Il gagna peu à peu du chemin : et si parfois il survenait un peu d'irritation, il suffisait de donner quelques bains entiers, des boissons émulsionnées, et de cesser le cathétérisme pour faire disparaître les accidens.

Cependant, le 12 novembre, ennuyé de ce qu'on ne pouvait pénétrer dans sa vessie, il demanda à sortir, prétextant des affaires ; et je sus qu'il se rendit à l'hôpital de la Pitié, où l'on ne fut pas plus heureux. En conséquence il revint, le 11 décembre, à la salle de chirurgie de Bicêtre, où l'on fit de nouvelles tentatives, et ce n'est que le 12 qu'on parvint dans sa vessie. On remplaça de suite la bougie par une sonde élastique très-fine et très-flexible qu'on laissa à demeure. Mais il y avait à peine six jours qu'il la portait, qu'il fut pris de tous les signes d'une entéro-colite intense avec douleur vers le bassin et ténesme du rectum. En même temps il rendit des matières d'odeur urineuse par cette voie, et mourut trois jours après l'invasion de ces accidens, c'est à dire le 22 décembre 1834.

Autopsie. Inflammation de tout le conduit alimentaire, surtout du gros intestin. Quelques adhérences existent entre les organes du petit bassin, mais il n'y a aucun liquide dans le péritoine. Un peu au-dessus de la prostate, des adhérences intimes unissent le rectum et la vessie par leur face péritonéale.

La muqueuse de la vessie est enflammée, chagrinée et forme des éminences livides, couvertes de pellicules d'un gris jaunâtre qui se détachent facilement. Au-dessous la muqueuse existe encore ; et autour de la portion dénudée, se voit une espèce de relief extrêmement mince, ce qui me fait croire que la portion détachée est une portion d'épithélium altérée, épaissie.

La vessie est revenue sur elle-même ; et un peu au-dessus de l'intervalle qui sépare les orifices des uretères, on trouve entre la vessie et le rectum, très-adhérens en cet endroit, une communication de deux lignes de diamètre et de quatre lignes de longueur, tapissée par la muqueuse vésicale jusqu'à la paroi du rectum. Il y a une ligne d'intervalle entre la terminaison de cette membrane et la muqueuse de l'intestin. Un grand nombre de cellules d'égal diamètre se trouvent dans cette vessie ; une entre autres, qui parvenait obliquement jusqu'au péritoine, avait au moins sept lignes de profondeur.

L'urètre, au niveau du ligament suspenseur de la verge, présente à sa paroi inférieure une érosion de la muqueuse, large d'une ligne et demie et longue d'un pouce (on avait laissé des bougies à demeure même lorsqu'elles ne pénétraient pas dans la vessie). Au niveau du bulbe qui a disparu se trouve un rétrécissement. Dans cet endroit la muqueuse est dure et épaissie, depuis sa portion prostatique exclusivement jusqu'à l'extrémité postérieure de l'ulcération dont je viens de parler. Le rétrécissement est formé par une cicatrice linéaire, transversale, occupant la paroi inférieure du

canal, et aboutissant par chacune de ses extrémités à un orifice fistuleux assez large. Celui qui est à droite conduit directement à la fistule droite du périnée; mais à son origine ce trajet donne un embranchement qui a décollé toute la peau de la bourse droite en arrière et latéralement, et s'ouvre au-dehors par les orifices que j'ai mentionnés sur cette partie au commencement de cette observation. Plus en devant ce doublement, après avoir formé un large cul-de-sac près de la racine de la verge, passe par-dessus cette racine, au-devant du pubis, et vient former du côté gauche un cul-de-sac opposé au précédent.

L'orifice existant à gauche de la cicatrice de l'urètre aboutit aussi directement à la fistule gauche du périnée, après avoir, comme le droit, fourni un embranchement qui conduit aux fistules du côté gauche du scrotum. Près de la racine postérieure des bourses, un trajet sous-cutané fait communiquer les clapiers du côté droit avec ceux du côté gauche.

Au milieu des circonstances intéressantes qu'offre cette observation, fixons notre attention sur celles qui ont un rapport direct avec le sujet qui nous occupe. Cet homme a, depuis deux ans, une difficulté très-grande à rendre ses urines. Après des tentatives longtemps répétées et longtemps inutiles, une bougie parvient dans la vessie et est remplacée par une sonde. Six jours après des signes de gastro-entérite surviennent, accompagnés de douleurs intenses vers le bassin; au bout de trois jours le malade expire, et à l'autopsie on trouve une fistule faisant communiquer la vessie avec le rectum. En admettant que cette fistule soit le résultat de la pression exercée par la sonde, il faudrait convenir qu'elle aurait eu tout au plus six jours pour se former. Or, je le demande, se peut-il qu'en si peu de temps, chez un homme jouissant d'une santé parfaite, une sonde aussi flexible ait perforé la vessie et le rectum; que des adhérences solides se soient formées entre ces deux organes; que cette fistule se soit organisée et revêtue d'une muqueuse dans toute son étendue? non, cela est impossible, et cette assertion serait presque aussi difficile à soutenir qu'elle le serait relativement aux faits que je vais rapporter, où jamais on ne laissa de sonde à demeure. L'observation suivante est des plus curieuses sous plusieurs rapports.

Obs. III. — Un vieillard, nommé Joulot, âgé de 76 ans, fut pris il y a une dizaine d'années, pour la première fois, d'une rétention d'urine qui se dissipa au bout de peu de jours. Depuis ce temps, il éprouva deux ou trois fois le même accident, et toujours au mois de mai; il ne l'a pas ressenti depuis trois ans. Le 13 mai 1834, la même maladie le fit entrer à l'infirmerie.

A son entrée, il avait une fièvre intense, des douleurs très-vives sur tout le trajet de l'urètre, et ne pouvait rendre ses urines, malgré qu'à chaque demi-heure il en eût des envies brûlantes. Cependant la sonde pénétrait avec la plus grande facilité dans la vessie, et heureusement, car il ne pouvait souffrir de sonde à demeure, et on était obligé d'avoir recours au cathétérisme toutes les trois heures. Dès l'entrée de ce malade, ses urines étaient rouges, et quelquefois même de petits caillots obstruaient l'algalie. Au milieu de ces cruelles souffrances, il survint du délire, que l'on combattit avec succès par les saignées; mais ce moyen de traitement, pas plus que les tisanes émulsionnées, les bains de siége répétés, les cataplasmes sur l'hypogastre, n'améliora les urines, qui furent dans le même état pendant plus de deux semaines. On fit donc des injections avec de l'eau de guimauve dans la vessie; et soit qu'elles eussent amené de l'amélioration, soit qu'il n'y eût qu'une simple coïncidence, dès lors le ténesme vésical devint moins violent, la couleur de l'urine moins foncée, son écoulement plus facile; enfin, à l'exception d'un petit dépôt qu'elle formait encore, tout rentra dans l'ordre.

Vers le 12 juin, des douleurs vives se firent sentir vers la fosse iliaque gauche, et bien que le malade me dit qu'il allait facilement à la selle, je recherchai par la percussion s'il n'y avait pas accumulation de matières fécales dans l'S iliaque du colon, et ne trouvai rien d'insolite. A peu près à la même époque, quand on introduisait une sonde dans la vessie pour y faire des injections et qu'on pressait sur l'hypogastre, la matière puriforme sortait en plus grande quantité. Alors aussi il survint vers l'anneau inguinal gauche une petite tumeur douloureuse et dure, qu'on fut tenté de prendre pour une portion d'épiploon herniée et étranglée; mais le peu d'efforts de réduction qu'on fit furent inutiles. (Cataplasmes, bains de siége.) Le gonflement augmenta rapidement; la rougeur devint plus vive, livide, et ces phénomènes envahirent le trajet du cordon et toute la partie gauche du scrotum. Le 17, fluctuation, crépitation au-dessous de l'anneau. On fit dans la tumeur une incision, par où s'échappèrent du pus verdâtre et des gaz d'odeur fétide. Au fond de l'incision, nous remarquâmes une espèce de tampon d'apparence fibreuse et de couleur blanche; c'était le cordon spermatique.

Le malade s'affaissa rapidement. Le 18, il lâcha involontairement par le fondement une grande quantité de matières liquides verdâtres et d'une odeur très-forte, ce qui ne lui était pas encore arrivé. Le scrotum est de plus en plus tendu et livide. (Riz, sirop de coing, mouchetures sur les bourses.) Le 19 au matin, Joulot était expirant; il succomba dans la journée.

Autopsie. Après avoir ouvert l'abdomen et soulevé la partie inférieure de sa paroi antérieure, nous vîmes que la portion supérieure de l'S iliaque adhérait à la paroi postérieure de la vessie. Ces adhérences rompues, nous rencontrâmes un grand foyer s'étendant transversalement depuis l'ouraque jusqu'à l'artère ombilicale gauche, et rempli de pus jaune, verdâtre et fétide. Ce foyer était situé sous le péritoine qui tapisse les faces postérieure et latérale de la vessie et la fossette inguinale interne. Cette portion du péritoine adhérait à l'S iliaque; mais cet intestin avait, dans le point correspondant au foyer, ses deux tuniques externes détruites par une ulcération de 7 lignes de diamètre, et il ne restait plus que la muqueuse, qui présentait elle-même au centre une ouverture de 2 lignes; d'où il suit que le foyer pu-

rulent communiquait avec la cavité de l'intestin. Aussi avons-nous trouvé dans ce dernier des matières semblables à celles de l'abcès mêlées aux excrémens. C'est un mélange pareil que le malade a rendu par le fondement la veille de sa mort.

Une sonde introduite dans la vessie donna aussi écoulement à du pus comme celui du foyer; c'est pour cela qu'après avoir vidé ce dernier, nous cherchâmes s'il n'y avait pas une communication; et au moyen d'une légère pression sur la vessie, nous vîmes sortir une partie de la matière qu'elle contenait par une petite ouverture d'une ligne et demie de diamètre, située à un pouce du sommet de l'organe sur sa face latérale.

La muqueuse vésicale avait une couleur ardoisée, mais n'était ni racornie ni ramollie La musculeuse était très-épaisse. Au niveau de la fistule, la paroi de la vessie était comme percée avec un emporte-pièce. Non loin de là étaient d'autres trous qui se terminaient en culs-de-sacs et étaient tapissés par la muqueuse.

Enfin, nous cherchâmes la communication qui existait entre le foyer et l'abcès de l'aîne, et en introduisant un stylet dans ce dernier, l'instrument longeait la face interne du cordon, puis pénétrait directement dans l'abcès de la fosse iliaque par une ouverture fistuleuse correspondant au sommet de la fossette inguinale interne. L'abcès extérieur s'étendait sur la face antérieure du cordon jusqu'à son extrémité inférieure; les tuniques du scrotum semblaient infiltrées de pus concrétié. Le cordon était tuméfié, ramolli et comme macéré. La membrane blanche qui l'enveloppait était son enveloppe fibreuse.

Ce fait est un des premiers de ce genre que j'aie recueillis : j'en ai transcrit l'exposé tel que je l'ai rédigé à une époque où je n'avais aucune idée particulière sur ce sujet, où par conséquent j'étais à l'abri de toute prévention; et cependant, comme tout vient corroborer l'opinion que je me suis faite plus tard de ces perforations! Le malade a été plusieurs fois sujet à des rétentions d'urine; je ne sais si on lui mit une sonde à demeure, mais il y a trois ans qu'il urine librement. Il est pris d'hématurie avec ischurie et douleurs violentes, qui ne permettent pas de lui laisser une sonde dans l'urètre; mais son canal est très-large, et on lui pratique le cathétérisme chaque fois que cela est nécessaire. Au bout d'un temps assez long tous ces accidens se dissipent. Il y avait déjà une dizaine de jours qu'il se félicitait de son retour à la santé, et voilà que des douleurs se font sentir dans la fosse iliaque gauche. Une tumeur se forme à l'aîne, et bientôt s'y manifestent de la fluctuation, de la crépitation, de la gangrène, en un mot tous les signes d'un abcès urineux. Une infiltration de matières stercorales aurait pu seule donner le change; mais aucun trouble n'existait de ce côté, et ce n'est que la veille de sa mort que ce malade fut pris d'une diarrhée subite, et qu'il rendit par l'anus une grande quantité de matières semblables à celles du foyer, tandis que du côté de la vessie le dépôt purulent était devenu plus abondant dès l'apparition des douleurs iliaques. Tout indique donc que c'est dans la perforation de la vessie qu'il faut chercher le début du mal; et l'autopsie confirme cette idée, puisque c'est entre ses tuniques musculaire et péritonéale que siége l'abcès, et que c'est évidemment de dehors en dedans que marcha la perforation de l'intestin. Notons bien la position de la fistule vésicale, qui est près du sommet et sur la face latérale de la vessie, pour ainsi dire hors de la portée du bec d'une sonde; notons encore la manière dont je l'ai décrite : *elle était faite comme avec un emporte pièce.* Je n'ai pas dit que la muqueuse le tapissât, car mon attention n'était pas éveillée sur ce point, je ne l'ai pas même cherchée; mais j'ai eu soin de dire qu'il existait près de là d'autres trous qui, terminés en cul-de-sac, étaient tapissés par cette membrane.

Cette observation, lorsque je la recueillis, me frappa vivement; et c'est en réfléchissant sur l'ensemble des circonstances qu'elle présente que je fus amené à une supposition que d'autres faits ne tardèrent pas à convertir en certitude : tant il est vrai qu'en observant la nature avec soin et en méditant sur ses actes, on arrive presque infailliblement à la vérité.

Obs. IV. — Veysserins, âgé de 51 ans, tailleur d'habits, d'une constitution éminemment lymphatique, avait pendant sa jeunesse abusé de la masturbation et contracté plusieurs maladies vénériennes. Il y a deux ans, à la suite d'une vive altercation, il fut pris d'une amaurose subite qui se dissipa un peu avec le temps; mais à partir de cette époque ses membres inférieurs devinrent faibles, tremblans, souvent il urinait involontairement et plusieurs fois il avait eu un hoquet opiniâtre. C'est le retour de cet accident qui le fit entrer dans le service de M. Prus, le 29 janvier 1835.

Antispasmodiques, sangsues, saignées, tout fut à peu près inutile contre son hoquet, qui fut même accompagné de vomissemens noirs comme ceux du cancer de l'estomac. Cependant au bout de huit jours ces symptômes se calmèrent, mais l'incontinence d'urine reparut.

Le 20 février, retour du hoquet et en même temps de la rétention d'urine, ce qui me força à sonder ce malade deux ou trois fois. La portion membraneuse de l'urètre était très-étroite, et dès que je l'eus dépassée les urines jaillirent. Comme aucun des moyens mis en usage contre le hoquet ne réussissait et qu'il y avait une faiblesse extrême des membres inférieurs, on rechercha s'il n'y avait rien sur le trajet de la colonne vertébrale; et sur notre demande Veysserins accusa un peu de douleur entre les omoplates. (Deux cautères en cet endroit.) Amendement. Mais l'incontinence d'urine revint, et bientôt se manifestèrent des escarres au sacrum, du délire, des douleurs dans les membres, de la contracture de la jambe droite, une incontinence de matières fécales. Enfin la mort survint le 24 mars.

Autopsie. Ramollissement de la pointe antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau; kyste à parois lisses et rempli d'une substance semi-liquide jaunâtre dans le corps strié droit. Aucune lésion bien sensible de la moelle épinière.

Tubercules dans les poumons; cœur peu volumineux.

Rien dans le canal digestif.

L'hypogastre était le siége d'une péritonite partielle.

Une poche formée en haut et en arrière par des circonvolutions intestinales, en bas par le sommet de la vessie, en avant par le grand épiploon, contenait un quart de litre de pus blanc-verdâtre. Le péritoine de la vessie passait derrière l'abcès, puis bientôt cessait par suite de sa destruction. C'est ainsi que le pus se trouvait en contact avec la membrane charnue de la vessie et les circonvolutions intestinales.

La vessie contenait du pus semblable au précédent, et cependant sa muqueuse était pâle, excepté en arrière, où elle avait une teinte rosée. Y avait-il communication entre la vessie et le foyer? Je la recherchai vainement; seulement je vis un trajet fistuleux long de cinq à six lignes, tapissé par une espèce de muqueuse très-fine, et qui, partant du foyer, venait aboutir tout près de la muqueuse vésicale à l'endroit même où portait mon incision. Près de l'uretère gauche, une des nombreuses cellules qui se trouvaient dans cette vessie se dirigeait obliquement en bas et conduisait dans un abcès du volume d'une amande, situé sous le péritoine, qui dans cet endroit n'offrait qu'un peu de rougeur. Cet abcès était plein de pus, et une autre cellule venait y aboutir.

La portion membraneuse de l'urètre, très-étroite, était tapissée par une muqueuse très-saine.

Je ne m'arrêterai pas à rechercher si le hoquet était symptomatique de la péritonite ou de l'affection des centres nerveux; mais il nous importe un peu plus de savoir de quelle nature était l'incontinence d'urine. Si pendant la vie de cet homme nous eussions examiné sa vessie par les divers moyens d'exploration, nous saurions à quoi nous en tenir sur ce point, tandis que nous en sommes réduits aux conjectures. Pour moi, je pense qu'il urinait par regorgement; et je me fonde d'abord sur ce que la vessie n'était pas rapetissée comme elle l'est ordinairement chez ceux qui ont une incontinence d'urine proprement dite, et qu'on y trouvait un grand nombre de cellules. En second lieu, parfois les urines ne pouvaient être rendues. Ne serait-il pas plus difficile d'admettre que les faisceaux musculaires qui environnent la portion membraneuse de l'urètre sont tantôt trop relâchés et tantôt trop contractés, que de croire que la vessie participait à la faiblesse des membres inférieurs; que dans son état ordinaire le liquide qu'elle renferme en sortait par regorgement, et que cette fonction ne pouvait s'accomplir dès qu'un trouble quelconque survenant, les faisceaux musculaires dont je viens de parler participaient tant soit peu à l'éréthisme général?

Quoi qu'il en soit, on ne peut dire que, dans cette observation, c'est la sonde qui a produit la perforation ou plutôt les perforations, car je ne doute pas qu'il n'y en ait eu deux. L'une ne peut offrir d'incertitude pour personne; l'autre ne m'en laisse pas et voici pourquoi. L'abcès était en contact avec la tunique charnue de la vessie. Ces deux cavités étaient remplies d'un pus semblable, bien que la muqueuse de celle-ci fût sans inflammation. Un trajet fistuleux, long de 5 à 6 lignes, tapissé par une muqueuse très-fine, venait du foyer aboutir tout près de la muqueuse vésicale; et comme mon incision était tombée juste en cet endroit, il est probable qu'elle avait intéressé la continuité qui existait entre la membrane interne de la vessie et celle du trajet fistuleux.

Obs. V. — J'eus occasion de faire, avec mon collègue et ami M. Florimont, l'autopsie d'un vieillard de 71 ans, nommé Marie Nicolas, mort à la salle de chirurgie le 18 décembre 1835.

Cet homme n'a pas eu de rétention d'urine au moins depuis dix mois; car à partir de cette époque il a eu une incontinence qui le forçait à porter constamment dans son pantalon une poche destinée à recevoir les urines qu'il perdait involontairement. A l'infirmerie son incontinence persista, et il n'eut jamais de sonde à demeure. Il y avait déjà quelque temps, lorsqu'il mourut, que ses urines étaient devenues troubles et purulentes.

Avant d'ouvrir la vessie, nous vîmes à sa face postérieure plusieurs poches saillantes du côté de l'abdomen, notamment une existant inférieurement, et une autre latérale qui se trouvait sur la paroi gauche du petit bassin. La première, qui aurait pu contenir une pomme de moyenne grosseur, formée par le péritoine seulement, était remplie de pus, et communiquait avec la vessie par une ouverture très-étroite et pourvue d'une muqueuse. J'en dirai autant de la seconde. En outre, plusieurs autres ouvertures semblables conduisaient dans de petits foyers purulens dont quelques-uns semblaient encore avoir le fond renforcé par une couche mince de tissu musculaire. D'autres étaient encore tapissées par la muqueuse qui paraissait être le siége de la sécrétion puriforme.

La portion prostatique de l'urètre était entièrement désorganisée et en suppuration. Un abcès avait disséqué en arrière la membrane propre de la prostate, s'ouvrait dans l'urètre, et remontait jusqu'entre les tuniques de la vessie; mais je ne pus découvrir de communication avec ceux que j'ai décrits dans l'épaisseur de cet organe; la glande était évidemment le point d'origine de cet abcès.

Mais on pourrait croire que tous ces abcès, que je regarde comme consécutifs à une perforation de la muqueuse des cellules vésicales, sont au contraire cause de la perforation après s'être formés entre les diverses tuniques de la vessie. A cela je répondrai d'abord que je n'ai jamais vu d'abcès de ce genre qui ne communiquât avec la vessie; qu'ensuite, si l'on consulte les auteurs, on verra combien il est facile de rapporter aux abcès que je décris ceux qu'ils disent avoir observés. Beaucoup, suivant eux, s'ouvrent dans la vessie; et nulle part on ne trouve décrite d'une manière exacte la forme de cette ouverture, nulle part on ne dit si la muqueuse s'y continuait, chose si essentielle à savoir pour juger si la perforation s'est faite de dehors en dedans, ou de dedans en dehors. Dans d'autres cas ils n'ont pas trouvé d'ouverture; mais l'ont-ils assez cherchée? Elle est ordinairement si petite, que du côté de l'abcès il est difficile de la voir. Elle est,

j'en conviens, plus visible du côté de la vessie; mais elle ressemble tellement aux autres cellules qui se rencontrent presque toujours en grand nombre dans les vessies affectées de ces perforations, que ces dernières pourraient échapper aux recherches si l'on n'introduisait un stylet émoussé dans chacun de ces culs-de-sacs, jusqu'à ce qu'on ait trouvé celui qui communique avec l'abcès. Le mieux est certainement d'insuffler la vessie en place ou d'y injecter un liquide; de cette manière il est presque impossible de ne pas trouver la communication. Enfin, je l'avoue, on a vu des abcès où cette communication n'existait pas; mais ils sont très-rares. Chopart commence par convenir de leur rareté, et n'en cite que deux exemples. Boyer fait le même aveu, et n'ajoute aux deux observations de Chopart qu'une troisième d'Helwig, où l'abcès, formé dans les tuniques de la vessie à la suite d'un coup porté sur l'abdomen, s'ouvrit dans cette cavité au bout de onze mois. D'ailleurs, n'oublions pas que ces abcès étaient accompagnés de phénomènes que nous n'avons pas rencontré dans les observations précédentes, et qu'ils n'ont pas présentés cette mollesse de la muqueuse vésicale signalée par Chopart dans les cas qu'il rapporte; et de plus, l'analogie n'indique-t-elle pas combien ces abcès circonscrits doivent être rares? Combien ne le sont-ils pas dans l'épaisseur de tous les organes creux, de l'estomac, des intestins, etc.; et comment expliquerait-on leur fréquence dans les parois de la vessie, si tels étaient ceux que je décris comme consécutifs à une perforation?

Par les faits que j'ai rapportés et les réflexions qui les suivent, j'ai cherché à démontrer qu'il existe des perforations qui, quoique ayant le diamètre d'une sonde, quoique étant survenues après un emploi plus ou moins prolongé de cet instrument, n'en sont pas moins spontanées. Cependant, comme l'opinion qu'elles en sont le résultat est, si je ne me trompe, de tous les préjugés que j'aurai à combattre, le plus difficile à vaincre (1), je vais revenir un instant sur ce sujet, et exposer d'une manière générale en quoi diffèrent ces perforations spontanées de celles que produirait une sonde; car je suis loin de prétendre que les sondes ne puissent amener ce fâcheux accident : tout ce que je soutiens, c'est qu'elles le produisent beaucoup plus rarement qu'on ne le croit généralement.

Les premières siégent assez souvent dans une vessie saine ou presque saine, et peuvent occuper tous les points de l'organe; les autres se trouvent toujours dans un lieu déterminé; en arrière, si c'est une sonde en gomme élastique qui est restée en place; en avant, si c'est une sonde courbe. Elles sont ordinairement environnées d'une vive inflammation qui s'étend plus ou moins loin du point de contact de l'instrument.

Les premières sont quelquefois très-obliques entre les parois de la vessie, les autres toujours directes.

Les perforations spontanées sont ordinairement tapissées par une muqueuse continue avec celle de la vessie, et s'étendant jusque près de l'abcès, où elle cesse brusquement; les secondes, succédant à la chute d'une escarre, auraient besoin, pour se revêtir d'une muqueuse, que le malade vécût beaucoup plus longtemps que ne le permettraient, dans la grande majorité des cas, les désordres auxquels elles donnent lieu.

Enfin, les premières se sont souvent produites après un séjour de trois, six, huit, dix jours d'une sonde dans la vessie; quelquefois même, comme dans mes troisième, quatrième et cinquième observations, sans qu'une algalie y ait été laissée à demeure; les autres, au contraire, nécessitent un temps beaucoup plus long. J'ai vu des malades porter une sonde élastique pendant plus d'une année sans que cet accident se manifestât. J'en ai vu un entre autres qui, soupçonné de se livrer à la masturbation, ayant sa sonde en place et craignant que, si elle venait à sortir, elle n'aggravât les soupçons, enfonçait lui-même cet instrument jusqu'à ce qu'il fût arrêté par les parois de la vessie, au point que quelquefois il déterminait un écoulement de sang. Je n'assistai pas à l'autopsie de cet homme; mais, dans tous les cas, un temps si long n'est-il pas digne de remarque? Un de nos plus célèbres chirurgiens range parmi les accidens qui peuvent survenir pendant le séjour des sondes élastiques dans l'urètre, « la perforation des » parois de la vessie dans le point où elles sont conti- » nuellement pressées par l'extrémité de la sonde, » accident dont la mort est l'effet inévitable, qui pa- » raît arriver plus fréquemment chez les vieillards que » chez les hommes dans la force de l'âge, et qui n'a » peut-être jamais lieu que parce que la sonde a été

(1) Le passage suivant, extrait des bulletins de la Société anatomique, est une preuve de ce que je viens de dire.

« M. Mercier présente une hypertrophie de la prostate et des parois de la vessie. Celle-ci offre à sa partie gauche et en arrière une perforation qui s'ouvre au-devant du rectum.

» M. Mercier pense que cette ulcération est spontanée et n'est point le résultat de la présence de la sonde. Il se fonde sur ce que l'instrument n'est resté en place que trois jours; qu'il était en gomme élastique, et surtout sur ce que la muqueuse vésicale paraît se continuer dans l'ouverture anormale. Il s'explique cette circonstance en admettant que la muqueuse a fait hernie à travers les fibres de la musculeuse, puis s'est ulcérée. Il s'appuie encore sur la présence d'un assez grand nombre de petites poches telles que celles que l'on rencontre dans la vessie des individus qui ont présenté des obstacles à la libre émission des urines.

» Le malade sur lequel M. Mercier a trouvé cette pièce est mort de péritonite. Le petit bassin contenait environ un litre et demi de pus.

» Les membres de la Société ne peuvent admettre la manière de voir de M. Mercier, et regardent unanimement l'ulcération de la vessie comme produite par la présence de la sonde dans cet organe.

» M. Mercier *est engagé à continuer ses recherches sur ce sujet.* (Bull. pour février et mars 1835, 3e série t. 1. p. 11.) »

Je crois qu'on préférera cette analyse à la rédaction que j'aurais pu donner de cette observation.

» tenue trop enfoncée dans la vessie. (Dict. en 25 vol., » t. VII, p. 23.) » Quoique observant dans un hospice de vieillards, je ne me rappelle pas avoir vu de fait que je croie aujourd'hui devoir rapporter à ce genre d'accident. Je suis cependant loin de vouloir en nier la possibilité; car j'ai vu parfois des ulcérations qui résultaient évidemment du contact de ces instrumens; mais c'était encore au bout d'un temps assez long, excepté dans le seul cas que voici, où l'état général du malade rend parfaitement compte du phénomène. Qu'on remarque bien l'état de l'urètre.

Obs. VI. — Adine, âgé de 82 ans, entra à la salle de chirurgie le 30 janvier, 1835. Pendant tout le cours de février, il ne présenta rien d'assez grave pour exciter l'attention; mais au commencement de mars il fut pris, sans cause connue, d'une adynamie et d'une prostration extrêmes. La vessie cessa de remplir ses fonctions et se laissa distendre par les urines qui ne sortaient que par regorgement; aussi fut-on obligé, vers le 14 mars, de lui laisser une sonde élastique dans le canal. Mais dès-lors les urines devinrent boueuses et fétides; les symptômes adynamiques marchèrent avec une nouvelle intensité, et le malade s'éteignit le 19. Il y avait au plus six jours qu'il portait sa sonde.

Autopsie. Le col vésical fut trouvé à l'état normal, ainsi que la prostate; mais presque toute la muqueuse de la paroi inférieure de l'urètre était ulcérée; il n'y en avait que çà et là quelques portions très-petites qui fussent conservées. Celle de la partie membraneuse n'avait pas été épargnée; celle de la partie prostatique l'était un peu plus. Au niveau du ligament suspenseur de la verge, l'ulcération envahissait toute l'épaisseur de la paroi inférieure de l'urètre.

Du côte du ventre la sonde soulevait la paroi postérieure de la vessie: la pression avait lieu un peu en dedans de l'orifice de l'uretère droit; en ce point la muqueuse était détruite; la musculeuse, encore intacte, était repoussée par la sonde de manière à former un petit infundibulum à orifice très-évasé comparativement à sa profondeur; il ne ressemblait en rien aux espèces d'alvéoles qui existent chez les sujets affectés de dysurie. Autour et dans le bas-fond la muqueuse était noirâtre. La vessie ne contenait qu'un peu d'urine purulente.

La rate était le siége d'une altération singulière: sur sa face externe, immédiatement au-dessous de son enveloppe fibreuse se trouvaient des portions de son tissu qui avaient une couleur absolument jaune comme de la cire. Ces portions s'étendaient irrégulièrement à des profondeurs variant d'un demi-pouce à un pouce et demi. Là, cette couleur cessait brusquement sans nuances intermédiaires, et le tissu de la rate reprenait sa couleur normale. La consistance de ces tissus n'offrait pas de différence. Plusieurs personnes à qui je montrai cette pièce regardèrent la couleur jaune comme résultant d'une infiltration purulente. Ne seraient-ce pas des faits de ce genre qui auraient porté Laënnec à admettre que la cirrhose peut se rencontrer dans tous les organes? J'ai remarqué depuis, sur un rein présenté à la Société anatomique une altération à peu près semblable, seulement de couleur un peu plus pâle.

Chopart cite un cas d'ulcération du genre de celles dont nous nous occupons en ce moment, et qui doit nécessairement trouver place ici. Il rapporte qu'un homme n'ayant pu être sondé qu'avec une sonde métallique, courbe, à long bec, on fut obligé de la fixer à la verge. « Pendant six semaines qu'il la porta, il se plaignit de » douleurs au-dessus du pubis, desquelles il était soulagé quand on la retirait pour la nétoyer... Les parois » de la vessie furent trouvées très-épaisses, excepté la » partie moyenne de sa face antérieure, qui était *allongée*, amincie, et où il y avait une tache livide, noirâtre, comme une escarre gangréneuse, et qui se » rompit facilement. Les vaisseaux sanguins étaient » très-apparens dans la circonférence de cette partie, » qui était enflammée. Ayant vu que le bout de la même » sonde placée dans la vessie correspondait à cet endroit, nous avons pensé qu'elle était cause de la douleur et de l'inflammation gangréneuse de cette partie. » *Les malades*, ajoute l'auteur, *ne sont plus exposés à* » *cet accident depuis l'heureuse invention des sondes* » *de gomme élastique.* » (Traité des maladies des voies urinaires, t. 2, p. 126.)

Je ne citerai pas d'exemple de perforation de la vessie par une sonde, parce que je n'en ai pas trouvé de bien décrit dans les auteurs; mais les deux faits précédens (Voyez en outre ma septième observation) suffiront pour donner une idée des caractères anatomiques que ces sortes de perforations doivent présenter. Toutefois, faisons encore une remarque: c'est que, pour effectuer une lésion de ce genre, il ne suffit pas que la sonde reste longtemps en contact avec la paroi vésicale, il faut encore que le contact se fasse longtemps au même point. Or, c'est une condition qui se rencontre rarement; car, outre qu'on change de temps en temps la sonde et qu'elle se dérange assez souvent, il ne faut pas oublier qu'à moins qu'on ne laisse cette sonde ouverte, la vessie se distend à mesure que l'urine arrive, et que le point de contact doit changer à mesure que cette distension s'opère.

Il me reste maintenant à répondre à une dernière objection. Ne pourrait-il pas arriver qu'au moment où l'on introduit la sonde, son bec s'engageant dans une alvéole n'en perforât le fond et produisît ainsi une fistule tapissée par la muqueuse dans presque toute son étendue? Je crois que cela pourrait arriver, mais rarement; et voici pourquoi: le bec de la sonde n'est pas dirigé directement sur la paroi postérieure de la vessie; au contraire, comme cet instrument est conduit par un mandrin courbe, son extrémité se relève derrière la symphyse pubienne dès son entrée dans l'organe; et lorsqu'on ôte le mandrin, cette extrémité n'éprouve qu'un mouvement d'abaissement qui ne peut que très-difficilement l'engager dans une cellule; et de plus, quel est le praticien tant soit peu exercé qui, une fois arrivé dans la vessie, ferait un effort assez grand pour produire des ruptures de ce genre? Toutes ces raisons concourent donc à les rendre rares. Au reste, voici à quoi on pour-

rait les reconnaître : au moment des manœuvres, le malade éprouverait une douleur très-vive, et les accidens les plus graves les suivraient aussitôt : ces crevasses ne siégeraient jamais sur les côtés du bas-fond, et rarement au sommet de la vessie ; des adhérences ne pourraient pas s'établir entre la vessie et les autres organes, et prévenir ainsi l'épanchement ; dans le ventre enfin elles seraient rarement multiples ; car il faudrait qu'elle fût bien malheureuse la main qui, dans un laps de temps quelquefois très-court, ferait un nombre plus ou moins grand de perforations, comme cela aurait eu lieu si on admettait cette supposition dans l'observation intéressante que m'a communiquée M. Florimont, lequel m'a en même temps donné la pièce anatomique que j'ai en ce moment sous les yeux.

Obs. VII. — Le nommé Dreux, âgé de 77 ans, de la division des aliénés, avait depuis longtemps de la difficulté à uriner. Enfin le 27 octobre 1835, la rétention étant devenue complète, on eut recours au cathétérisme. A peine l'instrument eut-il pénétré de quelques pouces, que, malgré la lenteur avec laquelle on l'introduisait, le sang jaillit en abondance. L'opérateur effrayé n'osa poursuivre.

Le malade entra donc le même jour à la salle de chirurgie. Le 28, on pénétra dans la vessie avec l'algalie d'argent ; et comme on ne l'avait fait qu'avec beaucoup de peine, on la laissa à demeure jusqu'au lendemain et on la remplaça alors sans difficulté par une sonde de gomme élastique. Au bout de trois ou quatre jours cette sonde se déplaça, et on en mit une autre qui resta jusqu'à la mort, qu'une péritonite générale amena le 9 novembre, douze jours après le premier cathétérisme.

Autopsie. Muqueuse de l'urètre enflammée et peu résistante ; rougeur très-vive de la portion membraneuse ; ulcération longue de treize lignes à la paroi inférieure, au niveau de la symphyse pubienne. A un demi-pouce en arrière commence une fausse route qui, marchant à gauche du canal, va aboutir dans la vessie en dehors et à gauche de la prostate. Elle a été faite par l'algalie, car à l'ouverture on trouva la sonde élastique dans le vrai canal, et même, comme la portion transverse de la prostate était très-développée, cette portion avait été comprimée, déjetée en arrière par la sonde, et présentait une ulcération en forme de gouttière, longue de huit lignes, et moulée sur l'instrument.

La muqueuse vésicale est enflammée, ardoisée. A l'intérieur se trouvent quatre perforations complètes de l'organe de deux lignes chacune. Ont-elles été produites par l'algalie ou la sonde élastique ? ni par l'une, ni par l'autre ; car du côté où la première a pénétré, il n'en existe qu'une, tout à fait en bas de la paroi latérale gauche. Cette fistule aboutit dans un foyer pouvant contenir une petite orange, tapissé par une muqueuse déjà très-ancienne, pâle et cependant rempli de pus. L'axe de cette ouverture aurait été perpendiculaire à celle de l'algalie : je n'ai donc point de doute. Deux autres ouvertures se trouvent à droite, l'une à un demi-pouce, l'autre à trois quarts de pouce en dehors de l'orifice urétral de ce côté. Elles conduisent dans un même foyer plus étendu que le précédent, à parois moins unies, tapissé cependant par une membrane qui, sans être aussi avancée que la précédente, est assez organisée pour qu'on puisse en détacher des lambeaux. Pour produire ces crevasses, il aurait fallu que la sonde élastique se repliât sur elle-même ; et de plus, comme on vient de le voir, le foyer n'est pas de date récente ; par conséquent point de doute encore. Enfin la quatrième ouverture existe au milieu de la face postérieure, et aboutit à un foyer récent qui s'est formé en dehors de la tunique charnue, et s'est ensuite ouvert dans le péritoine. Cette fistule est revêtue jusqu'à l'abcès d'une muqueuse qui assurément n'est pas plus malade sur les bords que celle du reste de l'organe ; tandis qu'à un demi-pouce au-dessous, à l'endroit où, en faisant l'autopsie, on avait rencontré le bec de la sonde, se trouve une ulcération dont les bords sont noirâtres et évasés, et dont le fond, dépourvu de muqueuse, est formé par des fibres musculaires en partie détruites. Cette érosion se trouve vis à vis du col vésical ; et à sa partie inférieure vient aboutir une espèce de gouttière longue de cinq lignes, où la muqueuse est détruite, et qui visiblement correspondait à la face postérieure de la sonde.

N° 18. — 30 Avril.

Mémoire sur certaines perforations spontanées de la vessie, non décrites jusqu'à ce jour, par L.-Aug. Mercier, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

(Deuxième partie.)

Jusqu'à présent je n'ai fait que décrire les caractères anatomiques des perforations vésicales qui font l'objet de ce mémoire, et exposer des faits à l'appui des idées que j'ai émises sur leur formation. Maintenant je me propose de généraliser ce que ces observations présentent de particulier ; et ajoutant encore quelques nouveaux faits, je ferai ainsi une histoire aussi complète qu'il me sera possible de cette lésion.

I. La rétention d'urine et les efforts de la vessie pour l'expulser sont les causes premières de ces perforations, puisque ce sont eux qui produisent les cavités alvéolaires qui en sont le siége ; mais il est en outre des causes déterminantes que je vais indiquer.

1° Il pourrait se faire que les contractions de la vessie fussent assez fortes pour pousser la muqueuse qui tapisse ces cellules au-delà de son extensibilité, et en déterminer la rupture après y avoir ou même sans y avoir produit préalablement une inflammation ulcérative.

2° Le fond de ces petites cavités n'étant pas contractile, et leur orifice ayant la propriété de se resserrer, puisqu'il est bordé de faisceaux musculaires, l'urine ne s'y renouvelle que difficilement, s'y altère et y détermine une inflammation.

3° Parfois enfin il s'y dépose des graviers, il s'y forme

des calculs qui, augmentant peu à peu, dilatent le fond de ces cellules sans augmenter le diamètre de leur orifice, de manière à s'y trouver *enchatonnés*. On conçoit très-bien que ces calculs puissent amener une inflammation et par suite une perforation.

J'ai assez souvent trouvé dans ces enfoncemens des graviers de grosseur et de couleur diverses. Quant aux calculs enchatonnés, personne ne s'est avisé de les révoquer en doute depuis le mémoire de Houstet sur ce sujet (Mém. de l'Acad. de chirurgie, t. I); et la pratique de la cystotomie et de la lithotritie n'en offre que trop souvent de nouveaux exemples. Parmi les faits plus ou moins intéressans de ce genre, j'en citerai un relaté par Portal : on verra pourquoi je le choisis de préférence. « On a trouvé dans le cadavre d'un homme âgé » d'environ 60 ans, qui fut ouvert au Jardin des Plantes » pour une de mes démonstrations, une pierre de la » grosseur d'un œuf de pigeon, entièrement inégale et » raboteuse, un peu aplatie sur ses deux faces. Elle » était interposée entre le rectum et la vessie... En exa- » minant l'état des parties, je vis que le canal de l'u- » rètre était *très-rétréci*, qu'il y avait gonflement con- » sidérable dans la partie voisine du verumontanum, » que le périnée était infiltré, qu'il y avait trois à qua- » tre trous par lesquels on introduisait un stylet flexible » assez loin de la vessie, mais qu'on ne put achever » d'y introduire ; que la portion de la vessie immédia- » tement au-dessus du trigone était gonflée et formait » une espèce de cul-de-sac dont la paroi interne était » rougeâtre et épaisse ; on y distinguait *deux petites* » *ouvertures oblongues* par lesquelles les urines s'étaient » frayé une route hors de la vessie. La face antérieure » du rectum était amincie et enflammée ; on ne put y » distinguer aucune ouverture; mais on conçoit que si » la paroi antérieure de cet intestin avait été percée, » ce qui serait arrivé vraisemblablement si le sujet » avait vécu plus longtemps, l'urine et la pierre même » auraient pu se frayer une route dans le rectum. La » pierre dont on vient de parler ne s'était pas formée » dans la vessie, mais dans le tissu cellulaire inter- » posé entre elle et l'intestin rectum par une suite de » la transsudation de l'urine qui sortait ensuite par le » périnée, mais après y avoir déposé les diverses par- » ties qui formaient la concrétion pierreuse. (Anat. » méd., t. 5, p. 416.) »

Dans un des cas que j'ai décrits (obs. 5), nous avons rencontré des abcès arrivés à des degrés différens. Je pense qu'il ne sera pas inutile de rapporter encore une observation où des ulcérations existaient au fond d'un grand nombre de cellules ; ce sera le moyen de faire comprendre comment débutent et comment se forment beaucoup de ces perforations spontanées.

Obs. VIII. — Gay, âgé de 73 ans, ancien serrurier, entra dans les salles de médecine le 25 janvier 1835, pour un emphysème pulmonaire porté à un très-haut degré, surtout à gauche.

Au commencement de mars, il se plaignait de n'uriner que difficilement : mais ce n'est qu'à la fin de ce mois que la rétention étant devenue complète, il me permit de le sonder. Je ne le fis qu'avec assez de difficulté, et il fallut une sonde très-courbe, dont je dirigeai fortement le bec en avant, derrière la symphyse. La rétention persista, malgré les violens efforts qu'il faisait pour uriner. En même temps, douleurs très-vives dans la fosse iliaque droite, urines rouges, contenant même quelquefois de petits caillots ; en un mot, cystite aiguë. (Tisanes émulsionnées ; cathétérisme soir et matin.)

Au bout de quatre jours, on mit une sonde à demeure; mais on ne la lui laissa que deux jours, à cause des douleurs intolérables qu'il ressentait, malgré le petit volume de l'instrument. Il resta ainsi pendant quelque temps, obligé de se faire sonder toutes les fois qu'il en avait besoin ; mais comme ce besoin était devenu presque continuel, on essaya de nouveau la sonde en place. Il y avait six jours qu'il la portait, avec la précaution, que nous recommandons toujours aux malades, de relever leur verge vers l'abdomen pour éviter la pression que la sonde exerce sur la paroi inférieure du canal, qu'on s'aperçut que la bourse gauche était très-tuméfiée, tendue et rouge. On crut à une orchite et on ôta la sonde. (12 sangsues sur le trajet du cordon spermatique : bains de siége.) La rougeur diminua un peu ; mais l'ischurie ne diminuant pas, et les épreintes continuant toujours d'être vives et fréquentes, le malade passa à la salle de chirurgie (20 avril). Là on fit une seconde application de sangsues, mais inutilement ; la mort survint le 26 avril.

Autopsie. Poumons très-emphysémateux, surtout le gauche ; petite caverne au sommet du droit ; point de tubercules ; cœur sain.

Reins parsemés à leur surface extérieure de petits points blancs, gros comme une petite tête d'épingle, et s'étendant dans le tissu de la glande jusqu'à une ligne, une ligne et demie perpendiculairement à sa surface. La plupart sont solides, d'autres plus mous ; des gouttelettes de pus liquide, du volume d'une lentille, sont çà et là dans l'épaisseur de l'organe. La muqueuse de chaque bassinet est enflammée.

La muqueuse de la vessie l'est également beaucoup, et présente une couleur ardoisée. On y voit une foule de petits culs-de-sacs arrondis, dont plusieurs simples à leur orifice, présentent dans leur fond plusieurs embranchemens qui s'étendent plus ou moins loin en divergeant. Les uns sont tapissés par la muqueuse vésicale, qui est plus noire dans leur intérieur que sur leur bord ; dans d'autres, la muqueuse a tout-à-fait disparu, et le tissu musculaire est à nu ; dans d'autres enfin, la muqueuse n'est ulcérée qu'au fond, et quand on y fait tomber un petit filet d'eau, comme ce qui reste de la membrane adhère peu au tissu sous-jacent, ce reste vient flotter sur l'eau à l'orifice de l'enfoncement.

L'orifice supérieur de l'urètre est fermé par une espèce de valvule qui a été labourée par les sondes. La paroi inférieure de ce canal présente, au niveau du ligament suspenseur, une ulcération longue de huit lignes, large de deux, et qui intéresse toute l'épaisseur de la paroi.

Les deux testicules sont très-sains. La tunique vaginale gauche offre çà et là, et surtout dans le cul-de-sac qu'elle forme en se réfléchissant du testicule sur le scrotum, un pointillé rouge assez foncé, et bien que sa continuité soit tout à fait intacte, elle est remplie par du sang noir grumeleux. C'est ce sang qui avait simulé pendant la vie une orchite ou une inflammation des tuniques scrotales.

Dans cette observation nous trouvons une cystite générale accompagnée d'un grand nombre d'ulcérations. Si ces désordres joints à ceux des poumons n'eussent pas emporté si tôt le malade; si, par exemple, il n'y eût eu ulcération que dans une ou deux cellules, il est très-probable que l'urine, cessant d'être contenue par les fibres musculaires, se serait répandue dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et y aurait formé un ou deux abcès. Jetons les yeux en passant sur ce sang exhalé dans la tunique vaginale; n'est-ce pas un fait assez remarquable sous les rapports pratique et physiologique? Déjà E. Home avait observé que, par voie de continuité ou de sympathie, la tunique vaginale qui couvre le testicule peut devenir le siége d'une inflammation qui ne reconnaît pour cause qu'un rétrécissement de l'urètre ou une irritation portée sur la paroi postérieure de ce canal. Il rapporte trois cas où la guérison d'un rétrécissement fut suivie de la disparition d'hydrocèles volumineuses. (Tome 2, p. 289 de son traité.) Ici nous avons deux causes au lieu d'une : 1° obstacle au cours de l'urine; 2° présence de la sonde dans l'urètre. Remarquons encore combien il fallut peu de temps à cet instrument pour ulcérer le canal, malgré les précautions que nous avons prises (1).

II. On n'a malheureusement que trop rarement des signes assez positifs pour prévoir ce funeste accident. Une douleur dans le bassin, l'écoulement avec les urines d'une matière sanguinolente ou puriforme, etc., peuvent dépendre d'une inflammation quelconque des voies urinaires, et par cela même ne peuvent être que d'une faible utilité pour le diagnostic. Mais il y aura moins d'incertitude si chez un homme affecté de rétention d'urine une douleur fixe survient tout à coup dans un point quelconque de l'hypogastre (Obs. 1 et 3.), surtout si une collection de pus venant à se former entre les tuniques vésicales ou dans les environs, est située de manière à donner une matité insolite à la percussion, si cette matité diminue quand on la presse avec les doigts et si en même temps il sort par la sonde, préalablement introduite dans la vessie, du pus en abondance, si enfin la matité reparaît à mesure que la vessie se remplit. (Obs. 9.)

Quand la vessie vient à communiquer avec le péritoine, une douleur très-vive dans tout l'abdomen, le ballonnement de cette cavité, du hoquet, des vomissemens, un pouls fréquent, petit, concentré, la suppression d'urine, et bientôt un épanchement plus ou moins considérable dans le ventre, etc., sont des symptômes dont l'instantanéité jointe aux circonstances commémoratives peut conduire presque infailliblement le médecin à un diagnostic exact. (V. Obs. 1.) Plusieurs péritonites qu'on croyait s'être propagées de la vessie au péritoine par contiguité de tissus, n'étaient peut-être que des faits de ce genre. L'ouverture aurait pu être méconnue à cause de son étroitesse.

Dans quelques cas, bien que la vessie communique avec le péritoine, la marche de la maladie n'est cependant pas la même. Un abcès se forme entre la membrane charnue de la vessie et la séreuse abdominale; des adhérences s'établissent au voisinage avant que l'abcès ait érodé la partie du péritoine qui le recouvre immédiatement, et quand cette perforation vient à se faire, il ne se déclare qu'une péritonite partielle qui emporte presque infailliblement le malade, mais le fait avec moins de rapidité que dans le cas précédent. Les symptômes sont moins tranchés, d'où il résulte que le diagnostic sera bien moins facile. (Obs. 4.)

Mais l'abcès vient-il à s'ouvrir au-dehors ou dans le canal intestinal, alors l'erreur n'est plus possible. Dans le premier cas, on ne tarde pas à reconnaître l'accident aux signes d'un abcès urineux se formant dans quelque point des parois abdominales, tels que tuméfaction douloureuse, couleur livide de la peau, crépitation sous les doigts, gangrène rapide, puis écoulement par cet endroit d'un liquide purulent, d'odeur urineuse. (Obs. 3.) Le diagnostic sera surtout sûr et facile quand il n'y aura rien du côté des reins ou de l'urètre qui puisse amener ce résultat. Dans le deuxième cas, il se développe tout à coup des signes d'une violente entérite. La fièvre s'allume; le ventre devient douloureux, mais moins cependant que dans la péritonite; la langue est rouge; la soif vive; l'appétit nul. Diarrhée; tenesme vers le rectum; enfin écoulement par l'anus de matières liquides et purulentes, d'une odeur urineuse insupportable. (Obs. 2 et 3.) Il pourrait même sortir par cette voie un ou plusieurs calculs urinaires, comme cela aurait très-probablement eu lieu chez le malade cité par Portal, si ce malade eût vécu tant soit peu longtemps.

Je viens de parler des cas où le liquide épanché se fait jour au dehors en quelque point des parois abdominales; je ferai remarquer à ce sujet qu'il paraîtrait que ces abcès s'ouvrent assez souvent à l'aîne. Ma troisième observation en est un exemple; ma neuvième en offrira un nouveau. Qu'il me soit permis de citer en outre un fait assez intéressant de F. Plater : le lecteur jugera s'il a quelque ressemblance avec ma troisième observation. Ce praticien ayant à traiter un pêcheur de Bâle qu'une rétention d'urine avait réduit à la dernière extrémité, découvrit une tumeur qui occupait une partie du scrotum, s'étendait jusqu'à l'aîne, et faisait de rapides progrès, ce qui fit juger qu'elle pouvait bien

(1) Mes observations ayant été recueillies parmi des vieillards, on sent qu'il me serait impossible de dire si elles sont plus fréquentes à cet âge que chez des adultes également affectés de rétention d'urine. Je serais tenté de le croire, mais je n'oserais l'affirmer; je ferai même remarquer que le sujet de ma quatrième observation était un homme peu âgé.

être la cause de la rétention d'urine. Dans cette idée, Plater se proposait de l'enlever ; mais l'instrument fut à peine plongé dans la tumeur près de l'aîne, que l'urine jaillit, et le malade se trouva soulagé. L'urine, dont il ne coulait que quelques gouttes par l'urètre, s'écoula pendant plusieurs jours par la plaie, entraînant avec elle beaucoup de sable. La plaie dégénéra ensuite en une fistule par où l'urine prit son cours, et il n'en sortit plus par l'urètre. L'on avait soin de fermer la fistule avec une tente que l'on ôtait lorsque le malade se sentait pressé du besoin d'uriner. (Obs. libri tres. Basileæ, 1680, lib. 3, p. 830.) Boyer, qui cite cette observation (mal. ch., 4e edit., t. 9, p. 50), dit qu'il n'y avait pas lieu de douter que la vessie ne fût comprise dans la tumeur qu'on s'était proposé d'extirper. Une tuméfaction qui s'étend de l'aîne jusqu'au scrotum, qui fait de rapides progrès, est-ce là, je le demande, un signe certain d'une hernie de la vessie?

III. Ces abcès ayant un caractère essentiellement gangréneux, ne pourraient être confondus qu'avec les abcès stercoraux, qui ont beaucoup de ressemblance dans leur marche. Cette distinction est d'autant plus importante à établir, que ces abcès siégent le plus souvent dans les mêmes régions, savoir : le périnée et l'hypogastre ; et que les principales indications à remplir sont tout à fait différentes dans les deux cas. Tous sont ordinairement précédés d'une douleur plus ou moins vive dans un point quelconque du bas-ventre ; mais les abcès stercoraux sont le plus souvent accompagnés de troubles dans les fonctions intestinales, comme ceux des étranglemens herniaires qui en sont souvent la cause, tandis que les abcès qui succèdent aux perforations vésicales ont presque toujours été précédés d'une difficulté plus ou moins grande dans l'excrétion des urines. Ceux des premiers qui ne sont pas la suite de hernies, et qui siégent sur la paroi antérieure du ventre, occupent le plus souvent l'aîne droite, et sont du genre de ceux que MM. Dupuytren, Husson, Dance, Menière, ont décrits sous le nom d'*abcès de la fosse iliaque*. Les seconds occupent indistinctement l'un et l'autre côtés. (V. obs. 3 et 9.) Sur 16 individus affectés de ces abcès de la fosse iliaque, qui, il est vrai, sont loin d'être tous des abcès stercoraux, 11 avaient moins de 30 ans. (Dupuytren, Leçons or., t. 3.) Au contraire, les abcès suites de perforations vésicales arrivent le plus souvent chez des vieillards, parce qu'ils sont plus sujets aux dysuries longues et opiniâtres. Les abcès stercoraux, lorsqu'ils se sont manifestés à l'extérieur, s'étendent moins loin et moins vite que les abcès urineux. Les premiers, à leur ouverture, donnent des matières d'odeur stercorale qui sont des gaz, des liquides jaunâtres, brunâtres, médiocrement liés ; quelquefois ce sont des matières solides, des lombrics ; d'autres fois même on voit sortir des corps étrangers qui ont été avalés et sont devenus la cause de l'inflammation. Les seconds ne laissent échapper que très-peu de gaz produits par la décomposition putride : c'est surtout un liquide séreux d'une odeur urineuse très-pénétrante qui s'en écoule ; et s'il sort des corps solides, ce sont des graviers ou des calculs urinaires. Les abcès stercoraux auront assez souvent une grande tendance à se cicatriser ; les seconds, résultant d'un obstacle ancien presque toujours organique au cours de l'urine, seront intarrissables tant que l'art n'aura pas donné un libre écoulement à ce liquide.

On conçoit ce qui arriverait, si un abcès communiquait à la fois avec la vessie et le canal intestinal, sans entraîner la mort du malade ; mais on conçoit aussi que de semblables faits doivent être rares. Une mort prompte en fut la suite dans ma troisième observation.

IV. Il me suffira, pour indiquer les diverses terminaisons de perforations spontanées de la vessie, de résumer en peu de mots ce que j'ai déjà dit précédemment.

Une fois la vessie perforée, la maladie marche ordinairement bien vite vers une terminaison fatale. Au bout d'un temps variable, depuis quelques jours à quelques mois, la mort survient le plus souvent, mais ce n'est pas toujours de la même manière : tantôt l'épanchement se fait dans le péritoine et détermine une péritonite générale (obs. 1) ou partielle (obs. 4) ; d'autres fois une communication s'établit entre la vessie et le rectum (obs. 2.), ou l'S iliaque du colon (obs. 3), ou quelque autre point du canal intestinal ; et, bien qu'on ait vu des fistules de ce genre persister sans amener la mort, très-souvent les malades succomberont à une entéro-colite suraiguë. Dans d'autres cas le malade périt de l'épuisement que lui cause une suppuration trop longue et trop étendue. Cependant, toutes les fois que l'abcès se fait jour uniquement au-dehors, il y a moins de danger, exemple : l'observation de Plater, où la maladie se termina par une fistule à l'aîne. C'est, je l'avoue, une infirmité bien dégoûtante, plus dégoûtante encore qu'une fistule urétro-cutanée, puisque l'urine s'écoule continuellement ; mais combien de malades la préféreront à la mort! Enfin parfois une guérison radicale, au moins en apparence, peut avoir lieu, comme va le prouver ma dernière observation.

Obs. IX. — Richard, âgé de 68 ans, entra à la salle de chirurgie, le 13 janvier 1835.

Cet homme a été militaire dans sa jeunesse ; mais il dit n'avoir jamais eu de maladie vénérienne. Il y a une dizaine d'années, il fut pris de rétention d'urine, et un abcès se manifesta dans l'aîne droite, aux environs de l'anneau inguinal. Cet abcès fut ouvert, et il en sortit, dit-il, du pus et de l'urine. Il porta à demeure une sonde élastique pendant dix mois. A peu près à la même époque, il eut aussi à la verge, au-devant du scrotum, un abcès dont on voit encore la cicatrice ; mais il ne put nous dire au juste si cet abcès s'était produit avant ou pendant le séjour de la sonde.

A son entrée, il éprouvait des douleurs très-vives dans la région de la vessie, surtout quand il avait besoin d'uriner, mais ne pouvait s'acquitter de cette fonction sans le secours de l'algalie, qui pénétrait avec facilité. Percutait-on l'abdomen, on trouvait une matité qui occupait la fosse iliaque droite. Là la main sentait aussi une tumeur qui diminuait un peu par la pression

pour revenir bientôt à son volume ordinaire. Un jour je vis ce malade, et percutai son abdomen lorsqu'il venait d'être sondé. Je trouvai la matité que je viens d'indiquer, et comme on ne l'avait pas pressé pendant le cathétérisme, j'introduisis de nouveau l'algalie, et par la pression, des urines purulentes et fétides s'en écoulèrent.

Au bout de peu de temps, tout le ventre devint douloureux; il survint des vomissemens de matières noirâtres, et la sécrétion de l'urine cessa presque complétement. La mort survint le 28 janvier.

Depuis son entrée jusqu'à sa mort, ce malade n'a jamais eu de sonde à demeure; on s'était contenté, à cause des douleurs qu'il éprouvait dans la vessie, de le sonder deux fois par jour.

Autopsie. Après avoir renversé de haut en bas la paroi antérieure de l'abdomen, on vit, au niveau de la fossette inguinale interne du côté droit, une adhérence assez large avec un peloton graisseux formé par la partie inférieure de l'épiploon. On coupa cette adhérence, et on pénétra dans un foyer contenant un verre et demi de pus épais, grisâtre, fétide. Cet abcès se prolonge derrière le cœcum, et forme en haut un cul-de-sac qui n'est séparé de la cavité du colon ascendant que par la paroi de cet intestin. Derrière lui se trouve une anse d'intestin grêle qui ne lui adhère presque pas, et va jusque près du *septum crurale* sans s'y engager. En avant, ce foyer communiquait avec une fusée purulente qui, longeant le bord supérieur des pubis, entre le péritoine et la paroi antérieure de l'abdomen, allait se terminer en cul-de-sac en dehors de l'orifice interne du canal inguinal du côté gauche; en dedans, il communiquait avec la vessie par une ouverture large de trois lignes, située au côté droit de ce viscère, et revêtue d'une muqueuse parfaitement continue avec la vessie, d'une part, et de l'autre avec la pseudo-membrane enflammée et de couleur noirâtre qui tapissait les parois de l'abcès.

La vessie est petite, ses parois non épaissies, sa muqueuse enflammée et offrant plusieurs alvéoles comme celles que j'ai décrites. A l'intérieur, se trouvaient sept petits calculs blancs et friables. La rétention d'urine était causée par un tubercule situé à la partie postérieure du col de la vessie et gros comme l'extrémité du petit doigt. Aucun rétrécissement, aucune bride dans le canal. Au niveau du ligament suspenseur existe, sur la paroi inférieure de l'urètre, une plaque blanchâtre, ovalaire, ayant au moins quinze lignes d'avant en arrière, près de trois d'un côté à l'autre. Elle est formée par un tissu blanc, comme fibreux, se continuant, mais avec une différence bien tranchée de couleur et de consistance, avec la muqueuse. Elle est bien lisse. Le centre, d'un blanc plus mat que le reste, correspond exactement à la cicatrice qui existe au devant du scrotum.

Traces de péritonite et pus dans le péritoine.

Cette observation nous offre l'exemple d'un abcès qui, produit par une perforation latérale de la vessie, s'ouvrit à l'aîne. C'est par un séjour prolongé de la sonde dans l'urètre qu'on parvint à cicatriser l'ouverture extérieure de cet abcès; mais son ouverture vésicale ne se ferma pas, et malgré cela aucun accident ne reparut. Ce n'est qu'au bout de dix ans, lorsque la rétention d'urine revint, qu'ils se réveillèrent. Le long séjour de la sonde nous est attesté par le récit du malade et par cette cicatrice fibreuse existant au niveau du ligament suspenseur de la verge, et qui était la trace évidente d'une ulcération comme nous en avons déjà rencontré dans quelques-unes des observations précédentes, ulcération dont certainement l'abcès qui s'était manifesté au-devant du scrotum, n'avait été qu'une suite.

V. Un traitement curatif n'a que bien rarement des chances de succès contre les perforations que je viens de décrire; car à quoi servirait le traitement antiphlogistique le plus énergique quand il s'est établi une communication entre la vessie et le péritoine, ou même entre la vessie et les intestins? Quelquefois cependant quand l'abcès se fraie une route au-dehors, on peut avoir encore quelque espoir de guérison. Mais il faut pour cela ouvrir de bonne heure le foyer, faciliter autant que possible l'écoulement du liquide épanché, et la chute des parties gangrénées. En même temps on donnera aux urines un passage libre et permanent par son issue normale; et en administrant des alimens toniques, des substances amères et de petites doses de vin généreux, on pourra prévenir la désorganisation des viscères, parvenir même à tarir le foyer et amener une guérison plus ou moins complète. Mais qu'on ne s'abuse pas ces fistules seront plus difficiles à guérir que les crevasses vésicales de tout autre genre, et cela à cause de leur organisation. La muqueuse vésicale les tapisse le plus souvent, avons-nous dit; cette membrane sera donc un obstacle puissant aux efforts que la nature pourrait faire pour la cicatrisation, aussi avons-nous vu dans le seul cas de guérison que j'ai rencontré, que l'ouverture de la vessie avait persisté, et qu'il s'était organisé une poche où l'urine pénétrait. Ces fistules occupent surtout les parties inférieures des parois latérales et postérieures de la vessie; ne serait-ce pas des faits de ce genre qui auraient donné lieu à cette opinion que les fistules résultant des crevasses de ces régions sont beaucoup plus difficiles à guérir que celles qui occupent le sommet et la face antérieure de l'organe, circonstance que l'on attribue uniquement au croupissement des matières épanchées. (Bégin, *Dict.*, 15 vol., t. 8, p. 251)? Quoi qu'il en soit, le malade pourrait encore se trouver heureux s'il guérissait avec une fistule, comme cela arriva au pêcheur dont F. Plater rapporte l'observation.

Mais malgré le peu d'efficacité de la thérapeutique dans ces cas presque désespérés, prouver que ces perforations sont spontanées, n'en est pas moins rendre un grand service à l'art de guérir. Ne serait-ce que pour calmer la conscience d'un chirurgien alarmé d'un mal dont il ne serait pas l'auteur, j'aurais déjà été utile; mais mes observations n'en restent pas là, et ont un but pratique beaucoup plus important. Elles font voir, plus que tous les autres accidens qui suivent les rétentions d'urine, combien sont dangereuses ces rétentions, même incomplètes quand elles sont abandonnées à elles-mê-

mes; et combien raisonnent mal ceux qui attendent qu'elles soient arrivées au dernier degré avant d'avoir recours à aucun moyen. Je sais bien que les sondes, qui sont presque le seul que l'on emploie, sont loin d'être exemptes d'inconvéniens; je sais qu'elles causent fréquemment des douleurs intolérables, des inflammations de la vessie, de la prostate, des testicules et de la séreuse qui les enveloppe; nous avons vu par les faits consignés dans ce mémoire combien souvent elles produisent à la paroi inférieure de l'urètre, vis-à-vis de la symphyse ubienne, des ulcérations qui deviennent le principe d'abcès et de fistules urinaires; mais tous ces accidens n'ont ordinairement lieu que quand l'instrument est laissé en place, et on les préviendrait pour la plupart, si on habituait le malade à se sonder lui-même ou à se faire sonder par ses proches : c'est ce dont j'ai vu à Bicêtre des exemples frappans. Cependant, il faut en convenir, la répétition fréquente de cette opération finit presque toujours par produire l'inflammation chronique et la désorganisation des voies urinaires. Aussi le moyen par excellence, le moyen vers lequel doivent tendre tous les efforts du praticien, est celui qui ferait disparaître la difficulté d'uriner. Mais il faudrait avant tout connaître les divers obstacles qui peuvent s'opposer au cours de l'urine, et les savoir bien distinguer les uns des autres, ce qu'il n'est pas toujours facile de faire. Dans un travail sur les *rétentions d'urine chez les vieillards*, rétentions que j'ai spécialement observées, je ferai voir combien la science est encore loin de posséder des notions assez positives sur ce sujet. Puissé-je après avoir signalé les lacunes, être assez heureux pour en combler quelques-unes; puissé-je contribuer au soulagement de l'humanité, en ajoutant quelque peu aux faibles ressources que nous possédons contre ces affections terribles qui empoisonnent si souvent les derniers restes de la vie (1).

---

(1) On peut déjà consulter à ce sujet mes *Recherches anatomiques sur la prostate des vieillards*, lues à la séance annuelle de la société anatomique du 3 février 1836, et insérées dans le septième bulletin (troisième série).

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

AVRIL 1836.

N° 14. — 2 AVRIL.

CLINIQUE DE M. VELPEAU.

Observations et réflexions sur les abcès de la vulve; par M. BARTHEZ, interne.

Jusqu'à présent, on n'a pas assez étudié les abcès de la vulve, on ne s'est assez occupé ni des particularités qu'ils présentent par rapport à leurs causes, à leur siége, ni des variétés qu'amène dans leur marche et leur terminaison, la structure des parties dans lesquelles ils se développent, ni des conséquences thérapeutiques que l'on en doit tirer.

Plusieurs de ces abcès s'étant offerts dernièrement à la clinique de M. Velpeau, je vais donner leur histoire, et les remarques qu'elle a suggérées au professeur. Ce sont des abcès simples de la partie postérieure de la vulve, terminés par l'incision de la tumeur, et une prompte guérison.

Avant d'entrer dans les détails, il est utile de dire que je suppose connue l'anatomie des grandes lèvres, et du périnée, telle que M. Velpeau l'a exposée dans son traité d'anatomie chirurgicale, connaissance sans laquelle on ne comprendrait pas plusieurs de ces particularités que j'aurai bientôt à noter.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Abcès de la partie postérieure de la vulve du côté gauche.*

Pariadis (Françoise), âgée de 18 ans, entrée le 4 janvier 1836, sortie le 12 janvier.

Dans la nuit du 25 décembre 1835, à la suite d'une forte fatigue, et d'un excès de coït, ses règles qui duraient depuis deux jours s'arrêtèrent subitement, et dès le lendemain la grande lèvre gauche devint rouge, dure, douloureuse, et la marche fut gênée. Le soir même, une tumeur s'y développa, et des élancemens s'y firent sentir. Malgré l'augmentation continuelle de la douleur et de la gêne, la malade continua de marcher jusqu'au 1er janvier, où elle fut forcée de prendre le lit : Elle eut un peu de fièvre le 2 et 3 janvier, et se contenta de prendre des bains locaux d'eau de morelle.

Le 4 janvier, à l'entrée de la malade à l'hôpital, la grande lèvre gauche présentait une tumeur rouge, tendue, peu volumineuse, allongée d'avant en arrière, plus grosse à la partie postérieure qu'à l'antérieure de ce repli muqueux et cutané. Cette tumeur était le siége de douleurs lancinantes, et offrait une fluctuation très-obscure.

Le lendemain matin, la fluctuation n'était pas plus manifeste; cependant, une ouverture fut faite à la partie postérieure et inférieure de la tumeur, sur la face cutanée de la grande lèvre; l'instrument pénétra à une certaine profondeur avant de rien amener; mais, tout à coup, il s'échappa avec force un pus liquide, noirâtre, d'une grande fétidité stercorale, et en quantité plus considérable que n'aurait pu le faire soupçonner le volume de la tumeur. (catap., bain.)

6 janvier. L'externe avait oublié d'introduire une mèche dans l'ouverture; aussi, était-elle refermée, et l'abcès revenu à son volume primitif. Mais dans la journée, il s'ouvrit seul dans le cataplasme. Depuis, la suppuration alla en diminuant, et lorsqu'on touchait la malade, on sentait sur la face interne de la grande lèvre gauche, un cordon cylindrique dur, partant de l'ouverture extérieure de l'abcès, et se dirigeant en arrière vers le rectum, mais se perdant insensiblement avant d'y arriver. Bientôt ce cordon lui-même disparut, la suppuration s'arrêta, la plaie se cicatrisa, et la malade sortit guérie, le 12 janvier.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Abcès à la partie postérieure de la grande lèvre droite.*

Pernot (Agnès), âgée de 19 ans, entrée le 7 janvier 1836, sortie le 11 janvier.

Le 3 janvier, après un excès de coït répété plusieurs nuits consécutives, elle éprouva des douleurs lancinantes dans la grande lèvre droite, et s'aperçut qu'il s'y développait une tumeur. (Cataplasme.) Le 5, la marche étant

devenue très-douloureuse, la malade s'alita, et entra le 7 à l'hôpital.

Alors sa grande lèvre droite présentait une tumeur rouge, tendue, peu volumineuse, allongée d'avant en arrière, plus grosse à la partie postérieure qu'à l'antérieure, plus rapprochée du rectum que du pubis. Enfin, comme la tumeur de l'observation précédente, celle-ci était le siége de douleurs lancinantes, offrait une fluctuation très-obscure, et déjetait un peu sur la gauche l'orifice de la vulve.

Le lendemain, l'abcès fut ouvert comme celui de Pariadis ; et l'instrument sans pénétrer aussi profondément, donna issue à une bonne cuillerée de pus liquide, noirâtre, fétide, stercoral mais à un degré modéré. (Mèche, catap., bain.) La marche fut la même que dans le cas précédent, sauf que l'abcès ne se referma pas. On reconnut le même cordon cylindrique, se dirigeant vers le rectum, mais s'évanouissant après un très-court trajet.

La malade sortit guérie le 11 janvier.

TROISIÈME OBSERVATION. — *Abcès à la partie postérieure de la vulve, des deux côtés.*

Desgrés (Julie), âgée de 18 ans, entrée le 6 janvier 1836, sortie le 21 janvier.

Vers le 15 décembre 1835, deux ou trois jours après un coït répété, et rendu difficile par le trop grand développement du membre viril, elle ressentit quelques légères douleurs à l'entrée du vagin. Huit jours après, ces douleurs devenues plus vives, se changèrent en des élancemens qui coïncidèrent avec l'apparition d'une petite tumeur sur la partie postérieure de la grande lèvre gauche. L'accroissement progressif de la tumeur et des douleurs, l'obligea de s'aliter le 2 janvier, avec une fièvre assez forte. (Catap., bains de siége.)

Le 6, elle entra à la Charité, et en montant l'escalier, elle sentit crever la tumeur, et s'écouler une certaine quantité de pus.

Le 7 au matin, rien n'était apparent à l'extérieur de la vulve, mais, avec le doigt introduit dans le vagin, on crut reconnaître sur sa paroi gauche, l'ouverture de l'abcès. La jeune fille s'étant lavée, on n'aperçut aucun liquide.

Le 9 janvier, léger écoulement. En touchant la malade, on amène un liquide purulent un peu vert, qui fit soupçonner l'existence d'une blennorrhagie, d'autant plus qu'on ne retrouva pas l'ouverture qu'on avait cru sentir, et qu'on ne trouva pas le cordon cylindrique comme dans les cas précédens. (Injections d'eau d'orge miellée, bain.)

11 au soir. L'écoulement est presque nul. La malade se plaint d'une légère douleur à la grande lèvre droite. Rien n'y est apparent.

12 au soir. Une petite tumeur s'y développe avec élancemens, par intervalles.

13. Il existe, à la partie interne de la grande lèvre droite, et au commencement de son tiers postérieur, une tumeur de la grosseur d'une noisette, entièrement cachée lors du rapprochement des deux lèvres, située plus près de la muqueuse que de la peau, avec peu de changement de couleur, et peu de douleur. (Catap., bain.)

15. Douleurs lancinantes, accroissement de la tumeur.

16. Douleur vive. Insomnie. La tumeur est du volume d'une noix environ ; la muqueuse est rouge, luisante, tendue, douloureuse, amincie. On y plonge un bistouri par la face interne de la grande lèvre, et il sort une petite quantité de pus bien lié, épais, verdâtre, sans odeur appréciable. (Mèche, compresses de guimauve.)

21. Elle sort guérie. Ses règles qui sont survenues, ont empêché de constater l'état des parties malades.

L'histoire de ces trois jeunes filles, offre une telle ressemblance dans la cause, la marche, la terminaison de leur maladie, qu'elle conduit naturellement à en tirer quelques conséquences applicables à l'histoire générale des abcès de la vulve.

Ces trois malades étaient jeunes; deux avaient 18 ans, la troisième 19. Chez tous trois l'abcès s'est développé à la suite d'un excès de coït ; chez l'une, il s'y joignit l'introduction d'un pénis trop volumineux. C'est là, en effet, la cause de la plus grande partie des abcès de la vulve. Boyer dit bien qu'on les rencontre chez les femmes récemment mariées, mais il ajoute, que le plus souvent, ils se développent sans cause connue. Une observation remarquable, c'est que les abcès à la vulve, se déclarent surtout, lorsqu'il y a excitation des parties génitales, jointe ou non à une violence extérieure, tandis que l'on rencontre les épanchemens de sang, les trombus de la vulve, lorsqu'il y a surtout violence extérieure. Ainsi, dans les cas qui nous occupent, il y a eu action réitérée d'une force contondante sur une partie qui est en même temps le siége d'une forte excitation; d'autre part, on voit aussi ces abcès se développer sous l'influence seule des époques mensuelles, tandis que les coups, les chutes, les accouchemens produisent de préférence, des tumeurs sanguines.

Cependant, le second abcès de Desgrés, se développa sans cause connue, puisqu'il parut 27 jours après la cause du premier, et 9 jours avant l'apparition des règles.

Chez nos trois malades, le développement de la maladie eut lieu fort peu de temps après le coït, il n'y eut pas même un jour d'intervalle. La marche fut à peu près semblable. Douleurs légères dans la partie, allant en augmentant, et remplacées dans l'espace de un à huit jours, par des élancemens qui coïncidèrent avec le développement d'une tumeur sur la partie postérieure de la vulve, deux fois à droite, et deux fois à gauche. Alors la marche fut très-gênée, et les malades s'alitèrent presque forcément. Nous avons pu suivre nous-même cette marche de la maladie chez Desgrés, dont le second abcès se développa et se termina pendant son séjour à l'hôpital.

Chez d'eux d'entre elles, l'abcès, quoique peu volumineux, réagit sur l'économie, et détermina de la fièvre.

Les signes de la maladie, une fois développée, ont été tellement semblables chez nos trois malades, qu'ils en deviennent tout à fait caractéristiques.

Tumeur rouge, tendue, douloureuse, très-obscurément fluctuante, au point que la fluctuation pourrait être méconnue, développée dans l'épaisseur de la partie postérieure de la grande lèvre, plus grosse en arrière qu'en avant. Remarquons avec quelle rapidité la suppuration s'est faite dans ces abcès, puisque, dans deux cas, il y eut du pus quatre jours après l'invasion de la maladie, et que dans le troisième, si l'abcès ne fut ouvert que huit jours après, sa qualité et sa quantité indiquent qu'il y était déjà depuis quelque temps. Et l'on comprend cette force suppurative, si l'on considère que la grande lèvre est composée de vaisseaux nombreux qui se répandent dans une grande quantité de tissu graisseux et de tissu cellulaire lamellé. La même chose, en effet, arrive partout où il y a les mêmes conditions anatomiques.

L'aponévrose moyenne du périnée est sans doute la cause qui a empêché ces abcès de s'élever à la partie supérieure, et de décoller la paroi vaginale. L'épaisseur du tissu graisseux de la grande lèvre, explique pourquoi la fluctuation est si obscure. Et ces deux circonstances, réunies à celle-ci, que l'aponévrose superficielle vient se perdre et se résoudre en tissu cellulaire dans la grande lèvre, expliquent pourquoi ces abcès tendent tantôt à s'ouvrir par la muqueuse de la grande lèvre, ou de l'origine du vagin, tantôt à se diriger vers le rectum à travers le périnée.

En effet, la perforation en dedans, ou l'écoulement du pus par la vulve, sont les terminaisons les plus fréquentes de ces abcès abandonnés à eux-mêmes. Et l'on comprend facilement dans quelles circonstances, l'une de ces terminaisons arrivera de préférence à l'autre. Si l'abcès, en effet, se développe dans la grande lèvre, c'est sur un point où l'aponévrose superficielle n'existe pas, à proprement parler, puisqu'elle se perd dans le tissu cellulaire; le pus formé dans ce lieu, s'étendant de plus en plus vers la partie postérieure, rencontre nécessairement un point dans lequel l'aponévrose superficielle est suffisamment formée pour diriger sa marche. Si la phlegmasie s'étend au-dessus, le pus, retenu en haut par l'aponévrose moyenne, en bas par l'aponévrose superficielle, en arrière par l'angle d'écartement de ces deux lames, en dehors par leur attache aux branches de l'ischion et du pubis, se portera nécessairement en dedans vers la muqueuse des grandes lèvres ou de l'origine du vagin. Si au contraire, le pus fuse au-dessous de l'aponévrose superficielle, dit M. Velpeau, rien ne l'arrêtera en arrière, il arrivera promptement jusqu'à la partie inférieure du rectum qu'il pourra perforer pour s'échapper au dehors.

La première de ces terminaisons, est arrivée au premier abcès de Desgrès, et a présenté une circonstance remarquable. Dans les cas de ce genre, en effet, si l'ulcération est petite, cachée dans quelques-uns des replis de la muqueuse à l'entrée du vagin, comme dans les petits foyers décrits par M. Vidal (de Cassis), si l'abcès s'est ouvert à l'endroit même où il s'est développé, s'il est vide de manière à ne pas laisser un noyau d'engorgement sensible au toucher, on n'a plus pour appuyer le diagnostic que les antécédens de la maladie, et un écoulement de pus par l'orifice du vagin. Aussi, lorsque les antécédens manquent, ou lorsque l'on a des raisons pour ne pas croire à ceux donnés par la malade, on peut penser à un écoulement blennorrhagique; c'est, en effet, ce qui arriva chez cette même malade. Ce ne fut que d'une manière douteuse que M. Velpeau constata l'ulcération de la muqueuse vaginale. Enfin, la présence d'un pus épais et verdâtre, caractères rares dans ce genre d'abcès, fit diagnostiquer une blennorrhagie, opinion que l'on abandonna bientôt, à cause de la marche subséquente de la maladie. L'écoulement, en effet, s'arrêta promptement, et une nouvelle tumeur inflammatoire se déclara du côté opposé.

Ce n'est pas là cependant, la terminaison la plus ordinaire de cette variété des abcès de la partie postérieure de la vulve : le plus souvent, lorsqu'on les abandonne à eux-mêmes, il se fait un vaste décollement de la muqueuse à l'entrée du vagin; cette membrane s'amincit, s'ulcère, et il en résulte des fistules presque intarrissables, ou des recrudescences interminables de la maladie : alors, en effet, la muqueuse privée de vaisseaux, en contact avec des liquides âcres, n'a aucune tendance à se recoller, et il faut l'exciser largement pour obtenir une guérison parfaite. Mais je ne fais que noter cette circonstance, puisqu'elle est en dehors des observations que j'ai rapportées.

Par la même raison, j'insisterai peu sur la seconde variété de ces abcès, sur la terminaison par ulcération de la muqueuse rectale. Toutefois, je pense que l'abcès de Pariadis et celui de Pernot, tendaient vers cette terminaison; car c'est dans les cas de ce genre, que l'on sent un cordon cylindrique, dur, s'étendant du foyer au rectum, et qui indique le trajet qu'a suivi la matière purulente; ce genre de fistule doit être distingué des fistules stercorales qui viennent s'ouvrir dans la grande lèvre, car la marche en a été différente, et par fois aussi, le traitement doit varier. Dans l'une, la maladie première siége au rectum ou à l'anus, dans l'autre, elle siége à la grande lèvre.

Lorsque l'on donne issue au pus, on voit que sa quantité est plus grande qu'on ne l'aurait cru d'abord; il est liquide, noirâtre, d'une fétidité stercorale très-grande, deux qualités qui tiennent à la position de l'abcès aux environs du rectum, et qui paraissent être d'autant plus prononcées, que le pus a séjourné plus longtemps, et plus près de cette cavité. Chez Pariadis, en effet, huit jours se sont écoulés entre l'apparition de la tumeur et son ouverture, aussi, le pus avait-il une odeur des plus fétides, et une couleur foncée, tandis que l'odeur était moindre, et la couleur moins foncée chez Pernot, dont la tumeur avait cinq jours de date, et qu'elles étaient presque nulles chez Desgrés, pour laquelle il n'y eut qu'une intervalle de trois jours et demi à quatre jours, entre l'apparition de la seconde tumeur et son ouverture. Mais ici, une autre circonstance pourrait être invoquée pour expliquer cette absence d'odeur et de couleur; la tumeur était plus antérieure que chez les autres malades, et conséquemmen plus éloignée du rectum. Ce cas établissait le passage

entre les abcès de la partie postérieure de la partie vulve, et ceux de la partie antérieure, qui en diffèrent sous plusieurs rapports intéressans.

Il ne faut pas au reste s'effrayer de cette odeur, et croire de suite à une communication avec l'intestin ; on sait positivement que le pus qui séjourne aux environs du rectum, s'imprègne de l'odeur et de la couleur des matières fécales sans être en contact immédiat avec elles. Dans le cas de Pariadis, ces caractères étaient si tranchés que la première idée fut l'existence d'une communication avec le rectum, et elle resta probable jusqu'au moment où l'on constata que le cordon cylindrique, dont j'ai déjà parlé, ne se prolongeait pas jusqu'au rectum, et qu'il diminuait chaque jour de longueur.

Le fait de cette odeur stercorale et de cette coloration noire, n'en est que plus curieux, et l'on doit en chercher l'explication. Depuis longtemps déjà, M. Velpeau a généralisé ce fait en établissant que tout abcès ayant son siége aux environs d'une membrane muqueuse, contient un pus qui participe plus ou moins à l'odeur exhalée par cette membrane elle-même. Ainsi, lorsque l'abcès de la grande lèvre siége à la partie antérieure, l'odeur n'en est plus stercorale, mais il y en a une qui se rapproche de l'odeur de la muqueuse vulvaire. Ainsi, les abcès, suite de carie de dents, les abcès des environs du larynx, etc., etc., ont une odeur fétide. On peut expliquer ce phénomène en admettant un travail chimique, par lequel les matières contenues dans l'abcès, et celles qui sont en contact avec la muqueuse, réagissent les unes sur les autres, de manière à ce que les particules les plus ténues passent dans le foyer et se combinent avec le pus. Peut-être aussi existe-t-il passage des matières d'une cavité dans l'autre, à travers la membrane saine, par suite d'endosmose et d'exsomose; car nous avons ici plusieurs des conditions voulues pour la production de ce phénomène.

Partout, en effet, où existent deux cavités remplies chacune d'un liquide de densité différente, et séparées l'une de l'autre par une membrane, les deux liquides passent en partie d'une cavité dans l'autre, à travers la membrane, et se mêlent suivant les lois qui ont été bien appréciées. Or, ici il existe deux cavités, l'une formée par l'abcès contenant du pus; l'autre, formée par l'intestin contenant des matières souvent liquides ou demi-liquides; ces deux cavités sont séparées par une membrane muqueuse. On ne peut cependant donner cette opinion que comme une idée à développer et à étudier. Il faudrait savoir si ce même phénomène se développe dans les cas où l'intestin ne contient que des matières solides; s'il est plus prononcé suivant la différence de densité entre le pus et les matières fécales, liquides ou demi-liquides; s'il se manifeste même dans les cas où cette partie de l'intestin contient des gaz, et si ce dernier fait était bien prouvé, il serait difficile de maintenir l'opinion dont il s'agit, car on sait que la présence d'une certaine quantité d'hydrogène sulfuré suffit pour arrêter subitement et complètement l'endosmose et l'exsomose. On conçoit d'ailleurs que ce n'est pas ici que je dois m'occuper de ce genre d'application de la physique à la physiologie, application qui peut être étendue à bien d'autres faits.

On a pu voir par nos observations, que les abcès ont été ouverts dès le lendemain de l'entrée des malades, et lorsque la fluctuation était encore fort obscure. C'est ainsi en effet que M. Velpeau recommande d'agir pour amener une prompte guérison. La fluctuation reste si longtemps obscure que si l'on voulait attendre son évidence, on courrait risque d'avoir de vastes décollemens de la muqueuse. La rapidité de la suppuration exige d'ailleurs que l'on ouvre ces abcès plus promptement que dans d'autres régions. On ne craindra donc pas de plonger un bistouri dans la tumeur aussitôt que possible.

Dans les trois cas, l'abcès a été ouvert par la face externe des grandes lèvres, et cependant la tendance de ces abcès à se faire jour par l'ulcération de la muqueuse, pourrait engager à les ouvrir par la face interne; mais on doit préférer la première méthode, parce que l'ouverture est alors moins exposée à se trouver en contact avec des liquides âcres ou dénaturés qui pourraient empêcher la cicatrisation et rendre les ouvertures fistuleuses. C'est d'ailleurs un moyen d'empêcher un plus grand décollement de la muqueuse et d'éviter la section de ces vaisseaux devenus déjà trop peu abondans par suite d'un commencement de décollement.

On peut et on doit enfoncer sans crainte le bistouri assez profondément, à un demi-pouce, un pouce même à l'encontre de la tumeur, pourvu qu'on le dirige directement entre les branches osseuses et le vagin, en l'inclinant plutôt un peu en dehors qu'en dedans; il n'y a aucun vaisseau important à craindre, et l'épaisseur des tissus nécessite ce mode opératoire.

L'ouverture doit être assez grande, afin de vider complétement le foyer, de laisser une libre issue au liquide qui ne doit pas séjourner; on préviendra le récollement des bords par l'introduction d'une mèche entre les lèvres de la plaie.

On ne sera d'ailleurs obligé d'inciser largement la muqueuse, et même de l'exciser, que dans les cas où l'abcès ouvert par sa face interne, a produit de larges décollemens : on a pu voir que nos malades ont parfaitement et promptement guéri. Une incision de peu d'étendue, faite à temps sur la face cutanée des grandes lèvres, une mèche dans la plaie, des cataplasmes, un bain, ont suffi pour amener ce résultat.

C'est, du reste, en se fondant sur un grand nombre de faits analogues, que M. Velpeau s'est arrêté à cette pratique, et qu'il insiste tant à sa clinique sur les caractères assignés par nous dans le courant de cet article, à l'odeur, à la couleur du pus et au cordon fibreux, au cylindre induré des abcès de la vulve.

M. Vidal (de Cassis) a fait des recherches très-curieuses sur ces abcès pendant qu'il dirigeait un service à l'hôpital du Midi. Une infinité de faits se sont présen-

tés à son observation, et il en a profité habilement. D'après les opinions qu'il a pu se former, les abcès dont il est ici question ne seraient pas radicalement guéris : ces femmes verront renaître leur tumeur. Il faut, selon ce chirurgien, faire une large ouverture, enlever même toute la paroi antérieure du sac pour obtenir une guérison complète. M. Vidal a constaté que l'abus du speculum était une des causes de ces abcès, surtout quand son application était faite pendant l'existence d'une vaginite. Le diagnostic de ces abcès est quelquefois très-difficile, les filles publiques apprennent à les vider avant de se soumettre à l'examen, on les croit saines, et on les remet en circulation. Elles portent cependant une poche pleine d'une sanie virulente. L'ouverture étant très-étroite, il faut une très-grande habitude pour la trouver. Ce sont ces abcès qui donnent lieu aux bubons qu'on appelle d'emblée. Presque toujours abandonnés à eux-mêmes, ils se terminent par une fistule vulvo-rectale; et le cordon dur dont parle M. Barthez, indique que, dans les cas qu'il relate, la fistule était déjà bien avancée, si elle n'était complète. Rarement les matières et même les humeurs stercorales, passent dans l'abcès, parce que l'ouverture ovale se fait entre deux replis, et au moment de la défécation, le repli supérieur fait l'office de valvule. Mais nous devons nous arrêter ici par discrétion ; car nous ne voudrions en aucune manière anticiper sur les publications que M. Vidal fera sans doute sur ce sujet, et qui seront accueillies par nous avec empressement.

(*Note du Rédacteur.*)

Nos 15, 16 et 17.—9, 16 et 23 Avril.

Relation des épidémies de fièvre jaune qui ont régné à Gorée et à Saint-Louis (Sénégal) pendant l'hivernage de 1830 ; par M. Emile Chevé, docteur en médecine (1).

Je n'écris point l'histoire de la fièvre jaune, cette tâche est au-dessus de mes forces ; mais j'ai assisté à deux épidémies meurtrières de cette cruelle maladie, et j'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile d'en relater brièvement les circonstances principales.

Je dirai sous quelles influences la maladie éclata spontanément dans les deux îles de Gorée et de Saint-Louis (2) ; comment elle débuta d'abord à Gorée sous forme de méningites, puis de fièvres rémittentes pernicieuses, qui se modifièrent insensiblement pour revêtir un caractère franc de la fièvre jaune la mieux dessinée, tandis qu'à Saint-Louis elle se montra de prime abord avec tous ses caractères distinctifs ; j'indiquerai la marche et les symptômes des deux épidémies, les différences qu'elles ont offertes, les lésions cadavériques que j'ai observées, et le mode de traitement qui a le mieux réussi. Mais je crois utile de faire précéder cet exposé de quelques mots sur la topographie des deux îles si cruellement ravagées par ce fléau destructeur.

GORÉE.

L'île de Gorée, produit volcanique, située par les 14° 40' de latitude nord, et les 19° 47' de longitude ouest du méridien de Paris, dans le sud du Cap-Vert, à une lieue de la côte d'Afrique, est bornée au nord par la presqu'île du Cap-Vert ; à l'est, par une côte sablonneuse, plate et assez boisée ; au sud et à l'ouest, par la mer. Dans cette dernière direction, elle est un peu abritée par le cap Manuel. C'est un massif de basalte d'environ cent-vingt mètres d'élévation, taillé à pic sur ses trois faces de l'est, du sud et de l'ouest, et s'unissant au nord, par une pente assez brusque, à une langue de sable fort étroite et peu longue, élevée de quelques pieds au-dessus du niveau de la mer, qui marne peu dans ces latitudes. C'est sur cette terre basse qu'est bâtie la ville, composée de soixante à quatre-vingts maisons, et de deux à trois cents cases en paille ou en maçonnerie. L'île entière, qui a tout au plus une demi-lieue de circonférence, est entourée d'une ceinture de galets énormes sur lesquels la mer brise continuellement.

La température de Gorée est délicieuse depuis le mois de novembre jusqu'au mois d'avril ; jamais de pluie, mais une rosée très-forte la nuit ; le thermomètre de Réaumur varie entre 12° et 18°, et, durant le jour, il règne toujours une brise de nord ou de nord-est très-fraîche. L'influence des vents d'est (vents du désert), si marquée à Saint-Louis, est à peine sensible à Gorée. Au mois de mai, le thermomètre monte à 22° ou 24°, pour s'élever en juin, juillet, août et septembre, à 25° ou 26°. Dans un espace de trois ans, je ne l'ai vu qu'une seule fois à 28°, tandis qu'à Bone et Alger je l'ai vu plusieurs fois à 32° 1/2. L'hivernage commence dans les premiers jours de juin, et finit au commencement de novembre ; il est caractérisé par l'élévation du mercure déjà signalée, par des vents qui varient du sud-est au sud-ouest en passant par le sud, par des pluies diluviales en juin, juillet et août, et par des tornades multipliées : on donne ce nom à des coups de vents de sud et de sud-est extrêmement violens, qui éclatent tout à coup pour cesser après une demi-heure ou une heure de durée, et se reproduire plusieurs fois dans la même journée. Dans l'intervalle des tornades, toujours accompagnées d'une grosse pluie, les rayons perpendiculaires du soleil frappent avec une grande force et sont très-dangereux. Le mois d'octobre est surtout remarquable par des calmes profonds et une atmosphère stagnante qui le rendent très-fatigant ; aussi est-ce le plus redouté des Européens, bien que les maladies éclatent le plus ordinairement en juillet et août. La foudre gronde fréquemment pendant l'hivernage, mais rarement dans la belle saison.

(1) Ce travail a fait le sujet de la dissertation inaugurale de M. Chevé.

(2) En 1778, une maladie épidémique qui, au rapport des anciens habitans du pays, ressemblait beaucoup à la fièvre jaune de 1830, dépeupla le Sénégal, et particulièrement Saint-Louis, qui perdit plus de la moitié de sa population.

L'eau potable manque à Gorée, où l'on trouve seulement des puits saumâtres; cependant, tout à fait au bord de la mer, au pied du morne sur lequel est bâti le fort ou Castel, il existe quelques fontaines creusées dans le roc vif et fournissant une eau délicieuse, mais en si petite quantité, qu'on en recueille à peine quelques litres par jour; aussi l'eau consommée dans l'île est prise à la Côte-Ferme, ou mise en réserve dans des tonneaux pendant les pluies de l'hivernage.

La nature du sol et le manque absolument d'eau font prévoir facilement que la végétation doit être à peu près nulle à Gorée; on y a cependant créé une espèce de jardin dans le point de l'île où l'on rencontre un peu de terre végétale; ce jardin, ombragé par trois baobabs et quelques palmiers, fournit, à force de soins et d'arrosemens, une petite quantité de légumes bien insuffisante pour les besoins des Européens.

La nourriture des indigènes se compose presque exclusivement de cous-cous (1) et de poisson frais ou sec (2), selon la saison; leur boisson ordinaire est l'eau pure, puis, pendant la belle saison, le vin palme : on appelle ainsi le suc extrait par incision faite au pédicule du fruit du palmier; cette liqueur, analogue, pour la couleur et la consistance, à du petit-lait non clarifié, est douce et sucrée dans les premiers vingt-quatre heures de son extraction, mais passe rapidement à la fermentation alcoolique, et enivre alors avec une grande facilité. Avant cette altération, l'usage en est très-salutaire.

Quant aux Européens, leur nourriture est aussi très-peu variée; le poisson en forme la base; le bœuf, seule viande de boucherie, est sec et coriace; le porc est presque toujours ladre; la volaille, qui est en grande abondance, n'est guère plus succulente, mais fournit des œufs fort bons; les légumes, le lait, le beurre, sont presque inconnus, à moins qu'on ne les tire d'Europe ou d'Amérique; enfin l'on voit quelquefois des oranges des îles du Cap-Vert, des bananes, des ananas, des goyaves et des papayes venant de la Côte Ferme.

La population se composait, en juin 1830, de 150 Européens, bourgeois ou soldats; de 450 mulâtres environ, et de 5,400 nègres.

SAINT-LOUIS.

L'île de Saint-Louis, située dans le Sénégal, à quatre lieues de son embouchure, par les 16° 6' de latitude nord et les 18° 47 de longitude ouest est un plateau de sable végétal, peu élevé au-dessus du niveau du fleuve, dont les crues se font sentir dans la partie nord, et ayant une demi-lieue de longueur environ, sur trois à quatre cents toises de largeur. Elle est bornée au nord, et surtout à l'est, par un grand nombre d'îles et de marigots formés par les diverses branches du fleuve; au sud, par l'embouchure du Sénégal, puis par la côte qui s'étend dans l'ouest jusqu'au Cap-Vert; enfin, à l'ouest, par la mer, dont elle est séparée par un bras du fleuve et une langue étroite de sable sur laquelle est bâti le village de Guett-ndar. La ville, dont les rues en sable sont droites et bien percées, est bâtie en briques, et étendue du nord au sud, selon la longueur de l'île; elle est partagée en deux par l'hôtel du Gouvernement, le fort, les casernes et la place d'armes. Dans la partie sud, se trouve l'hôpital, exposé à l'ouest, et dans le nord-est un vaste jardin planté de cocotiers, mais souvent inondé dans la saison des pluies.

La température de Saint-Louis ressemble beaucoup à celle de Gorée; elle n'en diffère notablement que par les vents d'est qui règnent à Saint-Louis une bonne partie de la saison; ils commencent ordinairement au lever du soleil, pour cesser quand cet astre a dépassé le méridien, et sont alors remplacés par une brise fraîche du large, qui souffle le reste du jour et tombe à la nuit. Ces vents du désert, qui amènent avec eux des myriades d'insectes, sont d'une sécheresse telle, que, quand on les reçoit en face, ils rendent la respiration fort difficile par l'évaporation subite qu'ils provoquent à la surface des muqueuses. Ces vents sont extrêmement pénibles pour les malades, dont ils précipitent souvent les derniers momens.

L'eau du fleuve n'est pas potable à la hauteur de Saint-Louis; on est obligé de l'aller chercher à une certaine distance de l'île. Les ressources alimentaires y sont plus variées qu'à Gorée; la viande y est de meilleure qualité; on y trouve du veau, du mouton et des légumes, récoltés en grande abondance sur les rives du fleuve.

Le nombre des habitans de Saint-Louis, était en juin 1830, d'environ 12,000, dont 650 Européens et 11,350 indigènes. Le commerce de Saint-Louis consiste en gomme, ivoire, or et cuirs; ces objets sont échangés avec les naturels contre des armes, de la poudre, de l'eau-de-vie, des étoffes, des verroteries et d'autres objets manufacturés à leur usage.

Les maladies ordinaires dans les deux îles de Gorée et Saint-Louis sont les fièvres intermittentes, bénignes dans la belle saison, pernicieuses dans l'hivernage; la gastro-entérite, la dysentérie, l'hépatite, les méningites (souvent provoquées par l'insolation), le tétanos traumatique et spontané, l'ophthalmie, etc. Chez les indigènes, on rencontre un grand nombre de gales invétérées et de syphilis constitutionnelles.

Quelque incomplètes que soient ces observations sur la topographie des deux îles dont je vais rapporter les épidémies, elles seront utiles, je pense, pour l'appréciation plus exacte des causes sous l'influence des-

---

(1) Fécule de millet préparée au moyen du pilon, cuite à la vapeur, et assaisonnée avec l'aloo, ou feuilles du baobab desséchées et réduites en poudre impalpable. Dans cet état elles sont légèrement acides, tandis que dans l'état frais elles contiennent un principe mucilagineux abondant.

(2) Ce poisson sec, que les nègres préparent en le fendant en deux et le faisant sécher au soleil, donne souvent lieu à des émanations putrides extrêmement désagréables, et encore augmentées par celles que fournissent les peaux des animaux de boucherie exposées au soleil, pour être ensuite expédiées en France.

quelles s'est développée la maladie, et pour rendre raison de la mortalité plus grande à Saint-Louis qu'à Gorée.

Pour plus de clarté, je décrirai d'abord l'épidémie de Gorée, qui éclata la première, et je signalerai ensuite les différences que présenta celle de Saint-Louis.

ÉPIDÉMIE DE GORÉE.

L'état sanitaire des deux îles était parfait, et rien n'annonçait que l'hivernage dût être mauvais, lorsque la maladie éclata subitement à Gorée, le 13 juin, 1830, à la suite d'une procession; voici dans quelles circonstances :

Le mois de mai avait été très-frais, le thermomètre de Réaumur marquant continuellement de 16 à 18 degrés, c'est-à-dire 4 ou 6 degrés de moins que les autres années à pareille époque. Les vents du nord et nord-nord-est, qui entretenaient cette température, du reste fort agréable, durèrent ainsi jusqu'au 10 juin, et furent alors remplacés tout à coup par des calmes et de légères brises du sud et du sud-ouest, avec une ascension subite du thermomètre, qui, du jour au lendemain, monta de 18 à 26 degrés. Mais une chose bien plus remarquable, c'est que le mois de juin, qui, dès ses premiers jours, voit toujours apparaître les pluies et les tornades, se passa entièrement sans une goutte d'eau ni un seul coup de vent.

Ce manque absolu de pluie et de vent, avec une température aussi élevée et une atmosphère stagnante, à une époque où elle est ordinairement bouleversée dix fois par jour, est un phénomène que les plus vieux habitans de Gorée ne se rappellent pas avoir encore observé, et qui eut pour résultat immédiat une insomnie prolongée chez la plupart des Européens.

Depuis trois jours seulement on éprouvait ce changement si brusque et si insolite de température, lorsque le dimanche, 13 juin, jour de la Fête-Dieu, eut lieu la procession d'usage autour de l'île; bien qu'elle ne fût sortie qu'à cinq heures du soir, le soleil était encore si ardent que plusieurs personnes en furent incommodées, et s'alitèrent en rentrant chez elles; de ce nombre étaient une sœur hospitalière, nommée Thérèse, et MM. Costet fils et Masson, qui étaient restés la tête nue; M. Costet avait même été contraint de quitter avant la fin de la procession, pour venir se mettre au lit. Dès le soir, il offrit tous les signes d'une violente insolation, et les symptômes furent bientôt portés à l'extrême. La sœur Thérèse éprouva le même sort, et, dès la première nuit, l'affection cérébrale était des plus violentes.

Mais M. Costet et la sœur Thérèse ne furent pas les premiers malades : la sœur Bernard avait travaillé toute l'après-midi du samedi, en plein soleil, à faire construire un reposoir sous les fenêtres de l'hôpital. Dès le lendemain matin, et avant la procession, elle s'alita, offrant les symptômes d'un coup de soleil sur la tête. En même temps, six malades, qui avaient passé l'après-midi du samedi aux fenêtres, la tête recouverte d'un simple bonnet de toile, regardant travailler au reposoir, furent également pris de méningites suraiguës, auxquelles un seul survécut.

Madame Costet, femme d'un embonpoint remarquable, passa six jours et six nuits au chevet de son fils, en proie aux plus vives inquiétudes; le septième jour, elle cède à la fatigue, tombe malade, et offre à son tour les signes d'une encéphalite foudroyante, qui l'emporte en soixante heures. M. Masson, qui avait suivi la procession, s'alite, et meurt en soixante-douze heures.

A l'hôpital, la maladie marcha rapidement. Le dortoir des sœurs était une petite chambre contenant à peine leurs cinq lits; deux d'entre elles étant prises au début, en même temps que six malades, l'hôpital devint promptement un foyer d'infection (1). Sœur Thérèse mourut, ainsi que cinq des malades frappés d'insolation. Bientôt la sœur Timothée et ma femme, qui s'était confinée à l'hôpital pour soigner les malades et suppléer à l'absence des trois sœurs alitées, tombèrent malades à leur tour, accablées par la fatigue et une insomnie prolongée. C'est vers cette époque que la maladie commença à se déclarer spontanément dans diverses maisons particulières et dans la caserne de la garnison, provoquée par les causes les plus variées : un excès de régime, un accès de colère, une grande fatigue, etc.

J'ai rapporté ces détails pour bien faire apprécier le début de la maladie; j'ajouterai que les recherches les plus sévères (et elles sont faciles sur un point limité comme Gorée) n'ont pu faire soupçonner la moindre importation de la maladie. Aucun bâtiment n'était, depuis longtemps, arrivé du bas de la côte, qui d'ailleurs, depuis un an, n'avait pas offert un seul cas de vomito-négro (2).

Ainsi, le changement subit de température, la stagnation des émanations que dispersaient ordinairement les tornades, et l'insolation directe, me semblent les causes productrices de la maladie; plus tard, à ces causes vinrent s'adjoindre la frayeur, l'insomnie plus ou moins prolongée, la fatigue, la cohabitation avec un ou plusieurs malades dégageant des miasmes putrides, et enfin la démoralisation la plus effrayante.

Les premières personnes qui sont tombées malades, sont donc évidemment celles qui se sont exposées à l'action directe du soleil; en second lieu, viennent celles qui ont éprouvé de grandes fatigues ou de violens chagrins, et qui ont vécu dans le foyer d'infection, qui se

---

(1) L'hôpital de Gorée se composait en 1830 de trois petites salles, une de quatorze lits, et deux de dix chacune. Ces dernières étaient deux couloirs de neuf pieds de large, dix de hauteur, et d'une longueur de cinq lits bout à bout.

(2) En 1828 et 29, une affection maligne, avec vomissemens noirs, a ravagé toute la côte de Guinée, depuis l'île du Prince jusqu'en Gambie. Partie du premier de ces points, la maladie a remonté du sud au nord une étendue de six à sept cent lieues de côtes, et s'est arrêtée en 1829 en Gamble, distante de trente lieues dans le sud de Gorée.

développe si promptement autour des malades, surtout entassés dans des lieux étroits et sous l'influence d'une température aussi élevée. Puis, quand on a vu un aussi grand nombre de malades dans un temps si court, et surtout une mortalité si considérable, une terreur panique s'est emparée des esprits, et n'a pas peu contribué à donner de nouveaux malades, et surtout à grossir le chiffre des morts.

Deux autres causes ont encore hâté l'invasion de la maladie chez un bon nombre d'individus : ce sont les écarts de régime, spécialement en boissons alcooliques, et surtout l'abus des plaisirs vénériens. Tous ceux qui sont tombés malades sous l'influence de cette dernière cause, ont été emportés avec une rapidité effrayante; il semblait que le système nerveux, épuisé par des pertes répétées, s'anéantît tout à coup sous les premières douleurs.

Il faut remarquer que toutes les indispositions ou les maladies, qui se développèrent sous l'influence épidémique, revêtirent promptement les caractères de la fièvre jaune.

Là gît le point ignoré de la question, le problème qui sera sans doute longtemps sans solution. Les causes que je viens d'énumérer sont certainement capables de produire des maladies fort graves, et elles en occasionnent tous les ans à Gorée. Mais pourquoi, en 1830, ont-elles provoqué la fièvre jaune plutôt que les méningites simples, les gastro-entérites, et les fièvres pernicieuses qu'elles déterminent ordinairement? Le défaut de pluie et de coups de vent est sans doute une grande anomalie; mais quel rapport direct ou indirect existe-t-il entre ces phénomènes météorologiques et le caractère particulier de la fièvre jaune? S'il y avait eu importation de la maladie, l'explication serait facile et simple; le virus reproduit une maladie semblable à celle qui lui a donné l'être; mais on ne l'a point apporté, ce virus, et dès lors il a bien fallu qu'il se développât spontanément, et se formât de toutes pièces dans son nouveau domicile. Telle est du moins la conséquence forcée que sont obligés d'admettre ceux qui, dans la fièvre jaune, reconnaissent un virus, et partant une contagion; mais il me semble bien plus probable qu'il n'existe ni l'un ni l'autre. Les symptômes particuliers, les signes caractéristiques de la fièvre jaune, tiennent sans doute à une cause qui, jusqu'ici, a échappé à toutes les recherches : mais est-ce une raison pour cela d'admettre un virus spécifique? Combien de maladies épidémiques sont dans le même cas, sans qu'on pense à les faire produire par un virus! Le choléra, par exemple, n'a-t-il pas une physionomie aussi tranchée que la fièvre jaune? Eh bien! où est son virus?

Ici se présente naturellement la question si débattue de la contagion; deux problèmes à résoudre : 1° la maladie s'est-elle développée dans l'île sous l'influence de la contagion; en un mot, y a-t-elle été importée? Évidemment non. De tout ce qui précède, il est clair que la maladie s'est développée spontanément: et, comme je l'ai dit, il a été impossible de découvrir la moindre trace d'importation; 2° une fois la maladie développée, une fois le droit de domicile acquis, si je puis ainsi dire, s'est-elle propagée par contagion, médiate ou immédiate? Pas davantage; du moins je ne connais pas un seul fait qui milite en faveur de cette opinion. En voici un cependant qui a fait grand bruit, et mérite d'être relaté: huit militaires, qui ont été successivement et un à un employés au service de la tisanerie de l'hôpital, ont tous été pris de la maladie dans l'espace de dix-sept jours. Ce fait semble concluant, au premier abord, pour l'opinion des contagionistes, et cependant il me semble pouvoir s'expliquer facilement, sans admettre la contagion. En effet, ces hommes étaient déjà, comme les autres, soumis à l'influence épidémique; de plus, la tisanerie était un caveau, ne recevant d'air que par la porte, transformé en fournaise ardente par le feu continuel qu'on y entretenait jour et nuit, et qui en portait la température à 45 ou 60 degrés de Réaumur. Le tisanier ne quittait cette étuve que pour aller respirer les miasmes dégagés par trente malades agglomérés dans un local étroit, vomissant de tous côtés, et vivre ainsi au centre d'un véritable foyer d'infection. D'ailleurs, une autre circonstance encore devait faciliter l'explosion de la maladie chez ces hommes; c'est que tous étaient nommés d'office à ce service, qu'ils faisaient avec une vive répugnance, et que la plupart, dans la vue de se *donner des forces*, abusaient prodigieusement des liqueurs alcooliques. Quoi donc d'étonnant que ces hommes tombassent malades dans de pareilles circonstances, quand tous les autres Européens, placés hors des causes fâcheuses auxquelles les premiers étaient soumis, se trouvaient frappés presque aussi promptement?

Mais il est d'autres faits qui viennent combattre la contagion. Sur cent cinquante individus qui formaient l'effectif de la population blanche à Gorée, cent quarante-quatre ont été malades, et sur ce nombre cinquante-trois ont péri. Eh bien! les six qui n'ont point eu la fièvre jaune, MM. Costet père, chirurgien-major de l'hôpital, Pécarrère, Thiesse (1), Chatel et Morel (ces deux derniers arrivés de France depuis un mois), et la sœur hospitalière Alexandrine, sont précisément ceux qui n'ont pas quitté les malades d'un instant, qui les ont soignés, pansés, habillés, etc.; tandis qu'une foule d'individus, qui ont été jusqu'à défendre leur porte par de factionnaires, ont contracté la maladie dans leur chambre, sans communiquer avec qui que ce soit, et y ont succombé. Les premiers étaient soutenus par une noble mais bien rare énergie; les derniers étaient anéantis par la peur.

Enfin, pendant et après l'épidémie, on a vendu à l'encan tous les vêtemens de morts; ces effets ont été achetés par des hommes de toutes classes et de toutes

(1) Pendant les soixante jours qu'a duré l'épidémie, M. Thiesse, commis d'administration, a passé une grande partie de son temps au lit des malades; mais trois fois par jour, et un quart d'heure chaque fois, il se mettait nu dans un vaste baquet, et se faisait jeter de l'eau de mer très-froide et en très-grande abondance sur la tête et le reste du corps.

couleurs, même par des matelots étrangers à la colonie; et, bien qu'ils fussent sous scellés depuis quinze jours ou un mois, et que la vente s'en soit faite sans la moindre précaution, ces effets, éparpillés de tous les côtés, et alors que la chaleur était encore à 25 ou 26 degrés, n'ont pas donné lieu à un seul cas de fièvre jaune, et cependant ils n'avaient pas quitté les chambres où étaient morts les malades, dont les lits et les couvertures étaient vendus avec autant d'insouciance que le reste. Il me semble qu'il n'y a rien à répliquer à de pareils faits, qui ont été vus par toute une population. La fièvre jaune, à Gorée, s'est donc développée spontanément, et n'y a point été contagieuse.

Avant de passer à la description de la maladie, je crois devoir dire un mot des indigènes qui habitaient Gorée ou les rivages voisins du continent.

Les premiers, nègres ou mulâtres, ont fort peu ressenti l'influence épidémique; deux mulâtres (1) et six nègres, sur une population de 5,850 habitans, sont morts, et un assez grand nombre ont été indisposés légèrement. Mais il n'en a point été de même des nègres, habitans des rivages littoraux du continent: ils ont été écrasés. Plusieurs bourgades ont perdus *tous* leurs habitans, hommes et bêtes; des populations entières ont été anéanties (2); d'autres villages ont été moins maltraités, et quelques-uns enfin ont à peine eu un malade. Cependant les habitans de ces diverses localités ont toujours continué les relations journalières qu'ils avaient entre eux. Comment donc, avec la contagion, expliquer cette partialité, ces caprices de la fièvre jaune? De pareils faits infirment la contagion de la manière la plus positive.

L'influence épidémique a été telle dans certains endroits, que l'on a trouvé morts sur la place, dans les champs, les chemins, les plaines de sable, des nègres, des bœufs, des chiens, des perdrix, des gazelles, etc. Peut-être aussi ces morts subites ont-elles été produites par l'action d'un soleil vertical donnant une chaleur énorme, répercutée encore par un sable en feu.

Quoiqu'il en soit, si je me suis un peu étendu sur le début de la maladie, sur les circonstances dans lesquelles elle s'est développée, et sur les causes qui me paraissent l'avoir préparée et provoquée, c'est pour démontrer jusqu'à l'évidence que ce développement a été spontané, et nullement le résultat d'une importation. La description des symptômes va montrer maintenant comment la maladie est arrivée graduellement à revêtir les signes de la fièvre jaune la mieux dessinée, après s'être offerte successivement sous une forme de méningite et de fièvre rémittente pernicieuse, ce qui permet d'en diviser la durée en trois époques: à la première, se rapportent les méningites; à la deuxième, les fièvres pernicieuses, et enfin à la troisième, la fièvre jaune franche.

Symptômes.

Première époque. — Les premières personnes atteintes, les sœurs Bernard, Thérèse, MM. Costet, Masson, et les six malades de l'hôpital, qui tous devaient évidemment leur maladie à des coups de soleil sur la tête, offrirent les symptômes d'une meningo-cérébrite violente. Début sans prodromes, immédiatement après l'insolation, par une céphalalgie générale des plus vives, avec sentiment de pesanteur considérable dans la tête; tintemens d'oreilles, rougeur des conjonctives, photophobie; puis, plus tard, yeux languissans, abattus. Il semble aux malades que le crâne, devenu trop petit par l'accroissement de volume du cerveau, va céder et se

---

(1) L'un d'eux a offert un exemple remarquable de fièvre jaune développée spontanément chez un indigène, par l'influence de l'insolation prolongée; il se nommait Panet, âgé de dix-neuf ans, et avait passé la fin de juin et les dix premiers jours de juillet sur le toit de l'église de Gorée, dirigeant les ouvriers qui le construisaient, et n'ayant d'autre abri contre les rayons verticaux du soleil qu'un léger chapeau de paille. Le 11 juillet, il fut pris de la fièvre jaune la plus intense, vomit noir, rendit quelques gouttes d'urines noires et poisseuses, devint jaune, et fut emporté en soixante-huit heures.

(2) On s'expliquerait difficilement cette destruction complète des habitans d'une localité, si l'on ignorait la disposition des cases et les mœurs de ces indigènes. Cette partie du littoral de l'Afrique est une vaste plaine de sable, souvent aride, d'autres fois coupée de marais et de groupes de palmiers, avec quelques baobabs et tamariniers éparpillés çà et là.

Ces villages se composent d'un certain nombre de cases, 50, 100, 200, ou plus, disposées sans ordre, et construites de la manière suivante: chaque case représente un cylindre de 9 à 12 pieds de diamètre, de 6 de hauteur, surmonté d'une espèce de chapeau chinois qui en forme la couverture; le tout est construit en roseaux cousus en nattes, de l'épaisseur de la main, et fixées à quelques piquets qui donnent la forme à l'édifice. Une seule ouverture communique dans la case: c'est la porte, qui est basse et étroite; le feu se fait au centre; les lits, placés contre les parois latérales, consistent en 4 piquets fourchus, de 2 pieds de hauteur, soutenant une espèce de grille en bois sur laquelle on étend 2 ou 3 nattes. Chaque case, qui loge jusqu'à 6, 8 et 10 personnes, a une petite cour irrégulière, séparée de celles qui l'avoisinent par des lappades ou cloisons en paille, de six pieds d'élévation. Toutes ces cases ainsi agglomérées, et dont l'ensemble ne peut mieux se comparer qu'à une carte de France divisée en départemens, forment un véritable labyrinthe, sans rues, sans places, d'où il est fort difficile de sortir, et au milieu duquel l'air, vicié par une quantité prodigieuse de chiens, de cochons, de chèvres, de canards, de poules, et par toutes les immondices possibles, et dans un état de stagnation absolue.

D'ailleurs, les nègres, livrés à toutes les pratiques d'une superstition aveugle, et entièrement soumis aux conseils de leurs marabouts, ne font pour ainsi dire rien pour prévenir ou combattre le mal. Se charger d'amulettes est presque la seule manière de soigner les maladies; à peine s'ils font usage de quelques boissons amères, quelquefois purgatives.

Quoi d'étonnant dès lors que des populations entières, placées dans des circonstances aussi favorables au développement de l'infection la plus profonde, aient été entièrement détruites! La seule chose qui doive surprendre, c'est que chaque année, à l'époque des chaleurs, on n'observe pas d'épidémies semblables.

briser : faiblesse générale, et par intervalles excitation considérable de tout le système musculaire, avec mouvemens brusques, involontaires, presque convulsifs, et impossibilité de conserver quelque temps la même position ; agitation extrême, terreur, délire par momens, cris plaintifs provoqués par des douleurs déchirantes dans la tête et les lombes ; insomnie absolue pendant tout le cours de la maladie.

La peau était sèche, brûlante, surtout à la tête ; le pouls en général fort, développé, indiquant une violente réaction du côté du cœur, conservait ces caractères les deux ou trois premiers jours, puis augmentait de fréquence à mesure qu'il diminuait de force et de volume.

La soif était vive ; l'anorexie complète ; la langue sèche, au début seulement, mais sans rougeur marquée, ni enduit d'aucune espèce. Quelques malades eurent des vomissemens bilieux ; le plus grand nombre n'en eurent pas. Ils étaient tous constipés, excepté la sœur Thérèse, qui fut prise de diarrhée bilieuse dès le deuxième jour. Aucune douleur dans aucun point du ventre, qui était souple ; rien du côté des poumons ni des organes génitaux. Les urines, rouges, brûlantes, rares malgré la grande quantité de boissons ingérées, ne furent point supprimées.

Ces symptômes s'aggravèrent de plus en plus ; et, sur ces dix malades, huit succombèrent à l'affection encéphalique, du troisième au sixième jour. La sœur Bernard et M. Costet seuls survécurent. Telle fut la première période de l'épidémie, qui ne dura que cinq à six jours : personne ne pensait encore à la fièvre jaune.

Deuxième époque. — Les malades qui suivirent, et qui devaient leur maladie tant aux influences atmosphériques qu'à la fatigue, à l'insomnie et aux miasmes dégagés par les premiers malades, forment la deuxième époque de l'épidémie, caractérisée par des changemens remarquables dans les symptômes, la marche et le caractère de la maladie, qui offre maintenant deux périodes bien tranchées.

Ainsi, aux phénomènes cérébraux déjà indiqués, et débutant presque toujours sans prodromes, par des frissons et une céphalalgie intolérable, mais localisée maintenant sous le coronal, viennent s'adjoindre une douleur profonde dans les orbites, des hémorrhagies nasales, buccales, stomacales, etc., assez abondantes ; une agitation extrême ; l'augmentation considérable des douleurs lombaires, qui deviennent térébrantes, atroces ; le brisement des membres, surtout des inférieurs, et un aspect grippé tout particulier de la face, qui exprime la souffrance à son plus haut degré, et annonce déjà une mort presque certaine.

La réaction circulatoire est toujours des plus vives ; les poumons libres, la parole un peu gênée, avec sentiment de strangulation dans quelques cas ; mais on n'observe rien du côté du ventre, si l'on en excepte une anorexie complète et une soif très-grande. La langue était naturelle, souvent large et plate, humide, sans rougeur ni saburres ; le ventre souple, sans douleur ni tuméfaction aucune ; les selles difficiles, sans diarrhée ; les urines, de plus en plus rares, commençaient à se supprimer entièrement, et ce signe était mortel.

Le sang des saignées était très-noir, comme il l'est toujours chez les personnes qui vivent depuis longtemps sous les tropiques ; mais, quoique de consistance épaisse et poisseuse au moment de la saignée, il ne se prenait que difficilement en caillots, et restait presque diffluent et sans couenne.

Ces symptômes duraient ainsi trente-six à quarante-huit heures, et se terminaient alors quelquefois par la mort ; mais le plus ordinairement ils se calmaient, cessaient même entièrement pendant une, deux ou trois heures, pendant lesquelles il y avait apyrexie complète, calme absolu ; la maladie paraissait jugée. Mais, fatale erreur ! ce calme, si trompeur quand on s'y était fié, si précieux plus tard quand on en sut profiter, n'était pour ainsi dire que l'extension de la phlegmasie de la tête à l'estomac et au foie. En effet, après le calme que j'ai signalé, quelquefois même sans rémission appréciable, on voyait éclater une gastro-hépatite violente : c'était la deuxième période qui commençait.

La bouche et le pharynx se séchaient, au point de rendre quelquefois la déglutition presque impossible ; la langue s'allongeait, devenait étroite, tremblante, très-rouge à ses bords et à sa pointe, se chargeait, surtout à la base, d'un enduit plus ou moins épais, qui variait du gris sale au brun le plus foncé, et, dans ces cas, les dents étaient aussi fuligineuses ; l'amertume de la bouche était extrême, l'anorexie complète et la soif inextinguible ; quelquefois il survenait une angine générale de toute l'arrière-bouche. Sensibilité accrue à l'épigastre et l'hypochondre droit, dont la tension est manifeste ; vomissemens, d'abord des liquides ingérés, puis de bile, et se répétant de minute en minute, presque sans efforts ; constipation opiniâtre, et, chez un petit nombre de sujets, diarrhée bilieuse ; pouls petit, serré, fréquent ; chaleur âcre et sèche de la peau ; douleurs contusives intolérables dans les membres inférieurs et les lombes ; et, quelque temps avant la mort, suffocation très-grande, et teinte jaune de la peau dans l'emplacement des sinapismes et des vésicatoires. Quelques heures après la mort, la peau offrait une teinte ictérique générale. Il était remarquable que, dans cette seconde période, les symptômes cérébraux étaient presque entièrement éclipsés par ceux de la gastro-hépatite ; il n'en restait qu'un peu de céphalalgie et une insomnie impitoyable.

Tel fut le caractère offert par la maladie, chez une trentaine de malades, dans cette deuxième époque de l'épidémie, qui dura de huit à dix jours, et marqua la transition insensible entre les encéphalites franches du début et la fièvre jaune bien caractérisée qui atteignit les cent derniers malades.

Troisième époque. — Chez ceux-ci, en effet, après avoir observé les symptômes cérébraux de la première période (moins le délire), l'intermission signalée, mais qui manqua quelquefois, et enfin les phénomènes gastro-hépatiques, on voyait enfin survenir les vomisse-

mens noirs et les autres symptômes que je vais énumérer. La fièvre jaune ne pouvait plus être méconnue, ses caractères essentiels s'étant développés un à un, et alors seulement qu'un grand nombre d'individus, frappés à la fois, étaient entassés dans l'hôpital, transformé en véritable foyer d'infection.

Ainsi, les vomissemens, après n'avoir contenu que les liquides avalés, devenaient bilieux, verts, bruns, puis noirs comme de la suie; il semblait qu'un corps noir, peu soluble, et grossièrement pulvérisé, fût délayé dans une encre un peu claire. Ces vomissemens, qui se faisaient sans le moindre effort, et d'une seule régurgitation, quelque abondantes qu'en fussent les matières, plongeaient les malades dans un état de prostration extrême, qui n'a rien de surprenant si, comme je le pense, la matière noire n'est autre que du sang exhalé par la muqueuse gastrique, sang altéré dans l'estomac, et mêlé à une certaine quantité de bile également décomposée. On se rend, en effet, facilement compte de l'épuisement qui doit accompagner une aussi énorme perte de sang, épuisement encore augmenté par la violence de la congestion gastrique et la réaction sympathique que doit exercer sur le système nerveux l'estomac vidé si brusquement. L'abondance des matières vomies était quelquefois telle, qu'on ne pouvait que difficilement s'en faire une idée, quand on n'avait pas vu soi-même les malades.

Quelques personnes ont vomi du sang pur, noir, ou plus ou moins altéré; et, chose remarquable, celles qui ont offert les vomissemens noirs ou sanguins n'ont point eu d'hémorrhagies nasales ou buccales, *et vice-versâ*. L'hémorrhagie, fixée sur un organe, passait difficilement à un autre.

Quand la matière rendue était noire, généralement les vomissemens étaient foudroyans; les malades mouraient après quelques heures, ou un jour au plus, quelquefois avec un délire furieux; si, au contraire, la matière des vomissemens n'était pas noire, la vie se prolongeait encore deux ou trois jours, les vomissemens se répétant vingt et trente fois par heure avec une persistance désespérante, et provoqués par la plus légère cause, un mouvement, une parole, la vue d'un objet déplaisant, mais surtout par l'ingestion dans l'estomac d'une substance quelconque. Alors les malheureux étaient dans un état affreux : dévorés de soif, ils n'osaient ni bouger ni boire, crainte de ramener ces incoërcibles vomissemens.

Enfin, à ces symptômes si fâcheux venaient s'adjoindre les suivans : décoloration générale de la peau, qui jaunit peu à peu, jusqu'à prendre la teinte d'un ictère franc; le sentiment de pesanteur de l'hypochondre droit se transforme quelquefois en une douleur plus ou moins vive. Quand la mort n'arrivait pas trop promptement, la constipation était remplacée par une diarrhée bilieuse, et quelquefois de sang pur ou de matière noire comme celle du vomissement; soif inextinguible, langue grillée, hoquets; peau brûlante, sèche, âcre; pouls très-fréquent, petit, serré; urines de plus en plus rares, assez souvent entièrement supprimées dès l'invasion, la vessie n'en contenant pas une goutte, bien que les malades aient témoigné ressentir le besoin d'uriner; prostration extrême, souvent carphologie, etc. Ce qui désespérait alors les malades, c'étaient des vomissemens continuels, des douleurs lombaires affreuses, et le manque absolu d'un sommeil que tous appelaient à grands cris.

Ainsi se dessinait la deuxième et dernière période de la maladie, qui ne durait que douze à quinze heures dans les cas foudroyans, et pouvait se prolonger deux, trois et même quatre jours. Quand la maladie avait une issue fâcheuse, la face était hippocratique, souvent dès le début, les extrémités se refroidissaient, puis le tronc; les malades mouraient presque froids, conservant leur connaissance jusqu'au dernier moment, sauf quelques cas rares de delire, accompagnant un vomissement noir poussé à l'extrême. Quand, au contraire, le malade guérissait, la maladie se jugeait sans crise : je n'en ai jamais observé d'aucune espèce; les douleurs lombaires, l'agitation, se calmaient; les vomissemens s'arrêtaient, la soif s'appaisait, et le pouls reprenait son rhythme normal. Tous ces symptômes étaient remplacés par une lassitude extrême, qui se faisait surtout sentir après le premier sommeil. La convalescence commençait alors; elle était longue, pénible, mais sans rechute. Les six ou huit premiers jours, les malades pouvaient à peine se tenir debout; l'appétit revenait, les urines reprenaient leur cours habituel, la transpiration reparaissait, le ventre devenait libre, le sommeil renaissait, et les malades n'avaient plus qu'une idée fixe, celle du retour dans la patrie.

Autopsies.

J'arrive aux altérations cadavériques. A Gorée, j'ai fait 27 autopsies, toutes pratiquées quatre, six ou huit heures après la mort, excepté deux qui ne l'ont été que vingt-quatre heures après; dans ces deux cas la putréfaction était déjà manifeste. Voici les résultats généraux que j'ai observés.

1° *Habitude extérieure.* Les cadavres étaient toujours froids, et exhalaient une odeur infecte de décomposition : la rigidité musculaire peu marquée; la peau, chez les premiers morts, était pâle, et présentait de larges plaques bleuâtres, comme ecchimosées, sur divers points du corps, notamment sur la partie antérieure du thorax. Les surfaces des vésicatoires et des sinapismes offrirent les premières la teinte ictérique prononcée; puis, plus tard, quand la peau présenta la couleur safranée générale, ces mêmes surfaces devinrent d'un jaune brun très-foncé, presque noir dans quelques cas; la face était tout à fait grippée, les yeux enfoncés.

2° *Tête.* Les sinus étaient gorgés de sang; des adhérences, quelquefois assez solides quand la maladie s'était prolongée quatre ou cinq jours, existaient entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale, d'une part, et de l'autre, entre le feuillet viscéral de la séreuse et la pie-mère, ces adhérences siégeaient surtout à la voûte

du crâne, le long de la suture sagittale. Une sérosité abondante baignait toute la surface supérieure des hémisphères, entre les deux feuillets arachnoïdiens, ou bien l'on rencontrait dans ce lieu des fausses membranes blanchâtres, plus ou moins épaisses, tantôt par plaques isolées, d'autres fois formant une nouvelle enveloppe albumineuse à tout le sommet de l'encéphale. L'arachnoïde viscérale et la pie-mère étaient tellement épaissies et gorgées de liquides, sang et sérosité, qu'elles figuraient presque une membrane muqueuse, adhérant fortement au cerveau.

La pulpe cérébrale offrait en général une consistance notablement augmentée; quelquefois, au contraire, elle paraissait ramollie; à la section, on voyait sourdre un pointillé rouge très-remarquable, indiquant la grande quantité de sang dont elle était gorgée.

Les ventricules contenaient toujours de la sérosité, rougeâtre ou limpide, quelquefois en assez grande abondance; la toile et les plexus choroïdes étaient rouges, épaissis.

Je n'ai rien remarqué dans le cervelet, rien non plus dans la moelle, si ce n'est de la sérosité à la partie inférieure du canal rachidien.

3° *Thorax.* Je n'ai jamais rien rencontré dans les poumons ni le cœur, toujours gorgé de sang noir, ainsi que les vaisseaux du cœur droit; les pneumo-gastriques et le système ganglionnaire m'ont toujours paru sains.

4° *Abdomen.* Le volume du ventre était en général diminué; point de sérosité dans le péritoine, ni de gaz dans le tube digestif, rétracté d'un bout à l'autre.

L'estomac, rétréci, offrait presque toujours une teinte rouge très-prononcée, arborisée ou pointillée, surtout quand l'autopsie était très-rapprochée de la mort. Les nombreux replis de la muqueuse, manifestement *ramollie*, était d'une couleur plus foncée et presque brune : toute cette surface interne de l'estomac était enduite d'une couche gélatiniforme épaisse, tenace, blanchâtre, et ayant presque l'aspect d'une couche de pus dans certains cas. La présence de cette couche et le ramollissement de la muqueuse étaient des phénomènes constans; on trouvait toujours des matières analogues à celles des vomissemens, quels qu'ils eussent été. Dans trois cas, où il y avait eu hématémèse, l'estomac ne contenait que du sang pur, noir, poisseux : la muqueuse en était comme imbibée. Quand la mort n'avait pas été trop prompte, on trouvait dans le duodénum, l'intestin grêle et jusque dans le gros intestin, la matière des vomissemens noirs.

Dans le plus grand nombre des cas, le duodénum était sain, mais fortement rétracté comme le reste du tube digestif; chez un petit nombre de sujets, il partageait l'état pathologique de l'estomac; ramollissement et rougeur de la muqueuse, avec enduit blanchâtre très-épais.

L'intestin grêle et le gros se sont toujours présentés dans leur état normal; quelquefois seulement ils contenaient de la matière noire venue de l'estomac.

Le foie, jaunâtre, gorgé de sang, était un peu friable; la consistance en était diminuée. La membrane interne du conduit excréteur avait, d'un bout à l'autre, une teinte rouge des plus prononcées, et semblait plus épaisse qu'à l'état normal : elle se déchirait facilement en la râclant avec le scalpel. La vésicule contenait une quantité variable de bile très-noire, et la muqueuse n'en paraissait nullement malade. La rate et le pancréas m'ont toujours paru sains. Les reins, dans les cas même de suppression complète des urines, ne m'ont laissé apercevoir aucune trace de maladie. La vessie, réduite à son minimum contenait peu ou point d'urine, et présentait à l'intérieur sa couleur blanche normale et les nombreuses saillies des colonnes charnues.

En résumé, d'après les altérations cadavériques, comme d'après les symptômes, on est contraint d'admettre que la maladie avait son siége dans les méninges cérébrales et le cerveau, puis se propageait, dans la deuxième période, à l'estomac, quelquefois au duodénum, presque toujours au foie. Ces assertions, basées sur des faits nombreux, me paraissent hors de toute contestation. Quelques symptômes restent fort difficiles à expliquer : tels sont le sentiment de strangulation, la suffocation des derniers momens, la suppression des urines; le second de ces phénomènes est peut-être dû à un embarras dans la circulation des poumons, et les deux autres à un trouble profond, mais insaisissable, dans les fonctions nerveuses.

Ainsi, de même que les causes m'ont paru justifier la gravité des symptômes, de même les désordres cadavériques me semblent en rendre raison d'une manière satisfaisante.

Traitement.

On s'attendait si peu à cette épidémie, les premiers malad furent enlevés si promptement, et nous fûmes tellement étourdis par la violence du mal, que, je l'avoue, nous nous laissâmes déborder par la maladie; et aujourd'hui j'ai la douloureuse conviction que quelques individus, morts au début, auraient pu être sauvés par un traitement mieux administré. Ce n'est qu'après les premiers huit jours passés, quand déjà j'avais fait quelques autopsies, et que j'eus acquis la triste certitude que la maladie était foudroyante et presque toujours mortelle, que je commençai à me mettre en mesure de lui résister en lui opposant une médication énergique.

Quoi qu'il en soit, guidé au début par la connaisance de la cause, l'insolation, et par la violence des symptômes cérébraux, je pratiquais une saignée générale de douze à seize onces, que je répétais une et rarement deux fois; j'appliquais cent ou deux cents sangsues à la tête, que l'on recouvrait ensuite de compresses froides souvent renouvelées; la diète absolue, des boissons rafraîchissantes ou laxatives, quelques purgatifs, des lavemens laxatifs, des pédiluves fortement sinapisés, complétèrent le traitement. Mais, je le répète, ces moyens étaient loin d'être proportionnés à l'intensité du mal; aussi échouèrent-ils dans le plus grand nombre des cas, puisque, sur les dix premiers malades, deux seulement survécurent. Chez quelques-uns de ceux qui

succombèrent plus tard, cette médication amena une amélioration telle des symptômes, que je les crus sauvés; mais quelle fut ma douleur quand je vis cette apyrexie, presque complète, cesser après deux ou trois heures, pour faire place à ces désespérans vomissemens qui ne finissaient qu'avec la vie! Combien elles sont cruelles ces méprises, quand on n'a pas su saisir le caractère du mal, et qu'on a laissé périr le malade faute d'agir!... Mais, du moins, dans de telles circonstances, les leçons sont précieuses, et l'on se met promptement à la hauteur de sa position. Dès lors, je résolus deux choses : attaquer l'encéphalite de la manière la plus vigoureuse, et, une fois les symptômes cérébraux domptés, profiter de la courte apyrexie qui les séparait des phénomènes gastro-hépatiques pour administrer promptement le sulfate de quinine, et prévenir ainsi l'explosion de la deuxième période.

Ainsi donc, au premier signal de l'apparition de la maladie, quand les malades avaient le bon esprit de réclamer immédiatement des secours, je les faisais coucher, la tête soutenue pour éloigner autant que possible la syncope, et pratiquais une saignée qui n'était jamais au-dessous de vingt-quatre onces, qui a pu être poussée jusqu'à quarante-quatre, jamais au-delà. Je ne m'arrêtais le plus souvent qu'à la syncope ou à l'imminence de ce phénomène, et ne quittais plus le malade que la circulation ne fût rétablie. Aussitôt que le pouls reparaissait, la tête était recouverte de compresses d'oxycrat, sans cesse renouvelées et les jambes enveloppées dans une couverture de laine trempée dans une infusion très-chaude de moutarde. J'ai vu, chez un fort grand nombre d'individus, le mal, arrêté ainsi, enlevé totalement dans l'espace de deux à trois heures. Alors, sans attendre une réapparition des symptômes, et rassuré par l'apyrexie complète, j'administrais de suite douze grains de sulfate de quinine, en trois prises, à une heure d'intervalle. Cette dose me paraît suffisante, après une aussi large déplétion sanguine; ce qu'il y a de certain, c'est que tous ceux chez lesquels l'encéphalite a été ainsi enrayée au début (et cela avait lieu chez ceux qui venaient se plaindre dès les premiers symptômes), se sont promptement rétablis, ont ensuite traversé l'épidémie sans le moindre accident, et sans présenter *une seule* rechute.

Mais malheureusement les malades ne se présentaient le plus souvent à l'hôpital qu'après dix, quinze ou vingt-quatre heures de maladie : on les y portait! Dans ces cas, il était bien évidemment impossible d'obtenir les résultats que je viens de signaler. Alors, après la première saignée de vingt à trente onces, on couvrait les tempes, les mastoïdes et les jugulaires de deux à trois cents sangsues (1); et, après leur chute, quand l'écoulement consécutif était terminé, je pratiquais une nouvelle saignée de quinze à vingt-cinq onces, selon la force du sujet et la violence de la réaction; puis, au bout de quelques heures, si les symptômes persistaient, je recourais encore à une ou deux applications de sangsues à la tête, au cou, à l'épigastre, à l'anus ou aux lombes, quand la rachialgie était trop violente. Je continuais ce traitement jusqu'à rémission des symptômes fébriles. Je n'ai jamais pratiqué plus de six fois la saignée générale, et encore ne l'ai-je fait que sur moi. Pour les autres, je n'allais qu'à trois ou quatre; quelquefois cependant j'ai été contraint d'en faire cinq. Le plus ordinairement, pour le choix du membre, j'alternais, je saignais au bras, puis au pied. La saignée du pied m'a paru amener en général une détente plus prompte, mais il fallait souvent y renoncer, parce qu'elle provoquait une syncope presque immédiate. Toujours on appliquait de quatre à douze cents sangsues, en un plus ou moins grand nombre de fois; mais toutes les évacuations sanguines étaient faites dans l'espace de trente-six à soixante heures; passé ce temps, elles étaient extrêmement nuisibles, et échouaient complétement contre les symptômes gastro-hépatiques.

Dans quelques cas, quand la céphalalgie était trop violente et ne cédait pas aux moyens employés, je n'ai pas craint de faire avec la lancette deux ou trois cents scarifications sur le front, les tempes, le cuir chevelu, et ce moyen barbare m'a bien réussi. M. Brou, gouverneur de la colonie, en a offert un exemple remarquable dans l'épidémie de Saint-Louis.

Enhardi par l'imminence du danger; je secondais l'action des émissions sanguines par une révulsion puissante sur les membres abdominaux. Dans ce but, j'avais recours, dès le début, après les premières saignées, aux sinapismes et aux vésicatoires volans, dont je couvrais toute la surface cutanée, depuis les orteils jusqu'au bassin, mais successivement, et de manière à avoir toujours un sinapisme ou un vésicatoire en action. Contre mon attente, ces moyens n'augmentaient presque jamais la fièvre, et cependant ils n'étaient pas épargnés; il est vrai que leur action était combinée à celle des émissions sanguines.

Pour combattre la constipation, et aussi pour opérer une révulsion sur le gros intestin, on administrait des lavemens avec le sel commun, quelquefois avec une simple décoction émolliente, à laquelle on ajoutait de l'huile d'olive et de ricin. Mais je donnais en outre, au commencement, trois ou quatre onces d'huile d'olives avec une once de jus de citron; ce moyen, sans fatiguer les malades, les purgeait en général assez bien; quelquefois on le répétait.

La tisane habituelle était une orangeade, une limonade au citron ou au tamarin, de l'eau gommée acidulée, et souvent de l'eau pure très-fraîche. Il est presque superflu d'ajouter que la diète la plus absolue était observée.

Durant l'intervalle des applications de sangsues, la tête était couverte de compresses d'oxycrat aussi froides que possible, et sans cesse renouvelées, ou de tran-

(1) Il est bon de noter que les sangsues, qui sont très-abondantes et de bonne qualité au Sénégal, y sont beaucoup plus petites qu'en France : on est dans l'habitude de dire que trois sangsues du Sénégal n'équivalent qu'à une sangsue ordinaire d'Europe.

ches de citrons. Les douleurs lombaires et le brisement si fatigant des membres étaient avantageusement combattus par les frictions sur tout le corps avec des citrons coupés en deux ; leur emploi était presque toujours suivi d'un répit de quelques minutes dans les douleurs, et les malades les réclamaient sans cesse. Les bains généraux ne produisaient aucun bon résultat ; ils étaient extrêmement redoutés des malades.

Tel est à peu près l'ensemble des moyens employés dans la première période de la maladie contre l'encéphalite ; quand ce traitement était couronné de succès, tous les symptômes se calmaient et disparaissaient plus ou moins complétement, pour ne laisser qu'une faiblesse extrême et une lassitude très-grande de tout le corps. C'était le moment qu'il fallait saisir au vol, si je puis ainsi dire, pour l'administration du sulfate de quinine, et c'est là surtout qu'était le point difficile du traitement : donné trop tôt, le sulfate de quinine était nuisible ; trop tard, il devenait inutile. Mais, si l'on avait bien saisi l'instant favorable, les résultats de son administration, à la dose déjà signalée, étaient certains ; la deuxième période n'avait jamais lieu, *quelque violente qu'eût été la première.* La convalescence était immédiate, il ne restait plus qu'à donner quelques jours encore le sulfate de quinine à doses décroissantes, puis à soumettre le malade au régime des maladies aiguës. Si, au contraire, négligeant l'indication, ou si, par une cause quelconque, on n'était pas au lit du malade au moment de la rémission, il était perdu presque sans ressources. Après deux ou trois heures de calme plus ou moins parfait, les symptômes abdominaux apparaissaient, et la deuxième et dernière période commençait, pour durer de douze à vingt-quatre heures, si les vomissemens noirs survenaient, et deux ou trois jours après dans les cas contraires.

Comme je l'ai déjà dit, les évacuations sanguines étaient sans aucun résultat avantageux dans cette deuxième période ; elles précipitaient la fin du malade ; souvent même les piqûres des sangsues ne se fermaient pas, ou se r'ouvraient si elles avaient été appliquées à l'épigastre dans la première période, et donnaient lieu à des hémorrhagies incoërcibles qui ne finissaient qu'avec la vie : les malades mouraient exsangues : il fallut donc promptement abandonner ce moyen.

On essaya les diverses opérations opiacées, la poudre de *Dower*, l'éther, le musc, le kina seul ou uni à l'acide sulfurique, la crême de tartre, l'huile de ricin, le sulfate de soude, la potion effervescente de *Rivière* : tout échoua contre les vomissemens. Quelle que fût la substance introduite dans l'estomac, même l'eau pure, elle était aussitôt rejetée ; on fut donc encore contraint de renoncer à l'emploi de tout médicament administré par la bouche. Les clystères de diverse nature furent également sans résultat ; il en fut de même des vésicatoires. Le seul moyen qui ait, dans quelques cas, arrêté ces vomissemens si opiniâtres, c'est l'application d'un immense sinapisme recouvrant l'abdomen et la partie inférieure du thorax ; d'autres fois encore, mais plus rarement, les scarifications nombreuses sur l'épigastre ont produit ce résultat. En résumé, dans cette seconde période, il ne restait d'autre méthode à employer que celle des révulsifs cutanés ; mais, dans la très-grande majorité des cas, la mort était la terminaison de la maladie ; il fallait donc que tous les efforts fussent dirigés contre la première période pour prévenir l'explosion de la seconde.

Voici deux faits relatifs au traitement, qui doivent trouver place ici :

Le nommé Fouquet, homme de quarante ans, épicier, habitant la colonie depuis longtemps, grand partisan du vomi-purgatif de *Leroy*, et n'ayant, du reste, nulle confiance dans la méthode antiphlogistique, fut pris de la maladie vers le milieu de l'épidémie ; il se traita par les vomitifs, mais surtout les purgatifs à hautes doses, au point de produire une espèce de choléra-morbus : puis il se fit placer dans un bain chaud. Il y mourut, *vingt-deux heures* après l'invasion de la maladie : on n'avait pas encore vu de mort si prompte.

Un tambour du régiment, ivrogne de profession, et aux habitudes duquel la violence de l'épidémie n'apporta aucun changement, répétait à qui voulait l'entendre qu'il ne redoutait nullement la fièvre jaune, et que, s'il l'avait, chose dont il doutait, il saurait la traiter à *sa manière.* Or, il l'eut à son tour, et se gorgea d'eau-de-vie qu'il tenait en réserve en cas de maladie. Cinq heures après le début, on le porta ivre à l'hôpital, où il mourut deux heures après son entrée, ayant *sept heures* de maladie : il avait l'estomac corrodé.

Enfin, je ne crois pouvoir mieux terminer ce que j'ai dit de général jusqu'ici qu'en rapportant avec quelque détail une observation particulière ; et qu'il me soit permis de rapporter précisément la mienne. La maladie a été complète chez moi ; seul, j'ai survécu aux vomissemens noirs, et nul n'a subi un traitement aussi énergique.

Le 7 juillet, en faisant ma visite, je me sentis mal disposé (depuis vingt jours je ne m'étais pas déshabillé). Après mon service, je fis une autopsie dont l'odeur me poursuivit le reste du jour ; je passai ma journée, comme de coutume, au lit des malades, soit à l'hôpital, soit à la ville ; et, vers les quatre heures du soir, en pratiquant ma huitième saignée de la journée, je me sentis les jambes brisées, la tête très-douloureuse, et j'eus grande peine à regagner ma maison.

Aussitôt rentré, je me pratiquai une saignée du bras, de vingt-huit onces, qui produisit à peine une légère défaillance, et me couchai, déjà en proie à une céphalalgie atroce, accompagnée de douleurs térébrantes dans les reins, de brisemens des membres, etc. ; en un mot, j'avais la fièvre jaune. A sept heures, la réaction fébrile était des plus violentes, les battemens des carotides m'assourdissaient ; je renouvelai, par la même ouverture, une saignée de vingt-quatre onces, et, une demi-heure après, je me fis appliquer deux cents sangsues aux tempes et aux mastoïdes. J'avais une soif très-vive, et ne pouvais boire que de l'eau. Dans la nuit, je pris deux lavemens sans résultat. La fièvre et les douleurs allant toujours croissant, je m'appliquai, vers

trois heures du matin, deux cents autres sangsues à la tête, et me fis couvrir les pieds de moutarde. Le lendemain matin, 8, il n'y avait aucune amélioration ; je me saignai au pied jusqu'à syncope, et, à peine revenu à moi, on me couvrit les jambes de deux sinapismes et de deux vésicatoires ; je pris quatre onces d'huile d'olives avec une once de jus de citron, qui ne produisirent aucun effet, et, le soir, une once de crême de tartre qui amena deux selles. Les douleurs et la fièvre persistaient avec la même violence; vers les deux heures de l'après-midi, j'eus recours à une troisième application de deux cents sangsues au cou et à la tête, qui procurèrent une hémorrhagie abondante, mais sans amélioration marquée. Le soir, on changea de place les vésicatoires et les sinapismes, dont les douleurs étaient à peine perçues, tant étaient vives celles de la tête et des lombes.

A neuf heures du soir, n'y tenant plus, en proie à une agitation horrible, je me fis une quatrième saignée de vingt-quatre onces environ, en piquant successivement trois veines à la main, à l'avant-bras et au pli du coude. Cela me donna une heure de calme; mais la nuit n'en fut pas meilleure, et, à quatre heures du matin, je fis réappliquer deux cents sangsues au cou et cent à l'épigastre, où je ressentais un peu de douleur; puis des vésicatoires aux cuisses et deux nouveaux sinapismes aux jambes. Cela me conduisit à la matinée du 9. J'étais déja d'une faiblesse extrême, par suite des énormes pertes de sang que j'avais faites, mais surtout écrasé par les douleurs, qui continuaient avec la même intensité. J'ouvris la saphène, qui donna peu de sang; je piquai alors deux veines du bras droit, qui en fournirent environ seize onces, et je restai encore quelque temps délivré de mes grandes souffrances ; mais, dès onze heures, elles avaient toutes reparu. Je me fis alors porter dans un bain tiède, où je restai une demi-heure, la tête baignée d'eau froide. J'en tirai peu de bien. Dans l'après-midi, je fis renouveler les sinapismes, et me fis appliquer avec grande peine, car on s'y refusait, trois cents sangsues aux tempes, aux yeux, aux mastoïdes, au cou ; et, les symptômes cérébraux persistant toujours malgré l'écoulement énorme de sang qu'elles occasionnèrent, je me fis une sixième saignée générale, mais ce fut la dernière; j'étais si faible, que je fus plus de dix minutes avant de parvenir à piquer une veine : cette saignée ne donna guère que huit à dix onces de sang.

Enfin, la nuit du 9 au 10, qui fut encore extrêmement agitée, et pendant laquelle on m'appliqua des sinapismes et deux nouveaux vésicatoires, sembla se terminer par une disposition à l'apyrexie, et une diminution notable des douleurs et de l'agitation.

La journée du 10 se passa à attendre la rémission, et sans rien ajouter à ce qui avait été fait ; car, en soixante heures, j'avais perdu environ huit livres de sang par la lancette, on m'avait appliqué douze cents sangsues, et mes membres abdominaux n'avaient plus d'épiderme : je n'avais plus rien à faire.

Vers le soir, je crus sentir le pouls moins fréquent (c'était sans doute une illusion), et j'avalai quatre grains de quinine, que je vomis presque aussitôt : dès ce moment commença la deuxième période. Toute la nuit je vomis l'eau que j'avalai; l'agitation, les douleurs des membres reparurent, avec un hoquet très-fatigant. Cependant, malgré la violence peu commune des symptômes, je me disais intérieurement que je triompherais de la maladie, j'en avais l'intime conviction, lorsque, vers une heure du matin, je m'aperçus que la matière des vomissemens était noire comme de l'encre ; cela diminua un peu ma confiance, car, jusque là, ces vomissemens avaient été mortels, et ils me prenaient épuisé par les douleurs et le traitement énergique de la première période. A partir de ce moment, je ne pouvais plus boire sans vomir aussitôt; une fois par heure environ, je vomissais noir, d'un seul trait, sans efforts, rendant quelquefois près d'un litre de matière à la fois, et restant ensuite dix minutes sans mouvemens. A la suite d'un effort pour me soulever, j'eus dans la journée du 12 une longue syncope, après laquelle je me trouvai plongé dans le plus grand état de prostration, ne pouvant même plus tourner la tête, et cependant les vomissemens noirs, qui duraient depuis quarante heures, continuaient toujours.

Dans cette position, j'obtins que l'on m'appliquât encore un dernier et vaste sinapisme sur la partie antérieure du tronc, déjà rubéfiée par les applications antérieures, et, ainsi cuirassé, je m'endormis, pour la première fois depuis l'invasion de la maladie.

J'eus un sommeil paisible de cinq heures ; et à mon réveil, je me trouvai entièrement délivré des souffrances intérieures, mais tiraillé de tous côtés par les vésicatoires et les sinapismes, que j'avais à peine sentis jusque là, bien que mon corps ne fût qu'une plaie. A partir de ce moment, la convalescence marcha franchement; mais j'étais d'une faiblesse telle que je pouvais à peine remuer les doigts. Au bout de huit jours des plus grands ménagemens, je commençai à me lever, et six jours plus tard j'avais repris mon service, après cinq jours de maladie et treize de convalescence. Dès lors, je me trouvai bronzé, et supportai, sans la moindre supposition, trois mois et demi des plus grandes fatigues et d'une insomnie presque absolue.

Enfin, il est un autre mode de traitement, celui par les émissions sanguines permanentes, que je n'ai employé que quatre fois, et qui a toujours été suivi d'un plein succès. Voici de quelle manière j'y fus conduit : ma femme, enceinte de sept mois, avait contracté à l'hôpital la maladie, qui débutait chez elle avec une grande énergie. Je n'osai point employer le système des saignées, que j'appliquais aux autres, crainte de provoquer un avortement immédiat. Je me rappelai alors avoir lu, dans un ouvrage de M. *Bégin*, je crois, que l'on pourrait, dans certains cas d'inflammations sur-aiguës, avoir recours à une saignée permanente au moyen des sangsues. Je résolus de suite de tenter cette méthode, qui me parut, dans ce cas, devoir être préférée aux abondantes saignées par la lancette.

J'appliquai donc immédiatement trente sangsues aux tempes, et, à mesure qu'il en tombait une, je la rempla-

çai par une nouvelle, de manière à en avoir toujours de vingt à trente en action. Dans ces réapplications continuelles, je m'attachai à les faire prendre de préférence dans les narines, à l'origine de la pituitaire, au grand angle de l'œil, dans ces endroits l'écoulement du sang était plus abondant, et semblait produire un dégorgement plus direct et plus prompt.

Pendant que les sangsues agissaient ainsi, des sinapismes étaient promenés sur les extrémités inférieures. J'administrai l'huile d'olives et le suc de citron, quelques lavemens laxatifs, qui furent sans résultat, et je pratiquai de temps en temps des frictions sur le tronc et les bras avec des citrons coupés.

Quoique l'hémorrhagie permanente fût abondante, puisque les piqûres antérieures fournissaient du sang pendant l'aspiration continuelle des sangsues, les symptômes conservèrent cependant toute leur intensité pendant trente heures, époque à laquelle ils commencèrent à diminuer. Quatre heures après, l'apyrexie était complète. J'administrai la quinine, et dès lors tout fut terminé. Il n'y eut point d'avortement, et le troisième jour la convalescence était assurée. Les sangsues avaient été appliquées trente-deux heures sans interruption, et j'en employai environ neuf cents.

Un succès aussi complet, et dans un cas des plus graves, devait m'encourager dans ce mode de traitement. Je l'employai trois fois encore chez des personnes en position de se faire ainsi appliquer des sangsues pendant un jour ou deux sans interruption, et les trois fois il a prévenu la deuxième période : une fois en vingt-cinq heures d'action des sangsues, une seconde en trente-deux, et une troisième enfin en quarante-huit. M. Cabucil, négociant, sujet de cette troisième observation, eut la première période aussi violente que possible ; les applications de sangsues duraient depuis quarante heures, sans amélioration bien marquée, lorsqu'une centaine de scarifications, faites sur la tête, amenèrent la rémission, qui était complète huit heures après, et permit l'administration du sulfate de quinine.

Dans ces quatre cas, la convalescence a été très-rapide. Cette méthode des émissions sanguines permanentes me paraît donc un moyen précieux dans les inflammations aiguës foudroyantes, telles que la fièvre jaune, et j'engage les personnes qui seraient à même de l'employer à renouveler mes expériences, malheureusement trop nombreuses.

Pronostic.

Il me reste, pour terminer l'épidémie de Gorée, à dire quelques mots du pronostic. On conçoit facilement que, dans une pareille maladie, il devait être souvent fâcheux, surtout au début de l'épidémie, alors que le mal était encore méconnu et le traitement trop timide et mal combiné. Aussi la mortalité fut plus forte dans les premiers temps, quoique la fièvre jaune ne se soit bien dessinée que dans les deux derniers tiers de l'épidémie, et que la démoralisation n'ait jamais été plus profonde qu'à cette époque. La maladie était vraiment plus grave au milieu et à la fin de l'épidémie qu'au commencement, et cependant, proportions gardées, la mortalité était moindre. Il faut donc attribuer ce résultat à la différence si grande du traitement à ces diverses époques.

La suppression complète des urines était un signe mortel, ainsi que le vomissement noir, qui n'a offert qu'une seule exception en ma faveur.

La face grippée dès le début et offrant une expression indicible, mais qu'il était facile de saisir, était un signe des plus fâcheux, et suffisait souvent seule pour pronostiquer, dès le début, une issue fatale de la maladie.

Le hoquet, la teinte ictérique fortement prononcée, l'aspect jaune foncé de l'emplacement des sinapismes et des vésicatoires ; étaient des symptômes du plus mauvais augure et presque toujours suivis de mort. Je l'ai déjà dit, quand la maladie atteignait la deuxième période, les malades succombaient presque toujours ; c'est donc une circonstance très-fâcheuse que l'absence de rémission entre la première et la deuxième période, tandis que cette rémission, lorsqu'elle était franche et qu'on en savait profiter, assurait l'issue heureuse de la maladie.

Telle fut l'épidémie de Gorée, qui éclata le 13 juin et ne finit que dans le courant d'août, après soixante jours de durée. Sur les 150 habitans européens, 6 ne furent point malades, 144 contractèrent la maladie, et de ce nombre, 53 succombèrent.

ÉPIDÉMIE DE SAINT-LOUIS.

J'arrive à la deuxième épidémie : comme pour le reste de la côte d'Afrique, où la maladie remontait toujours du sud au nord, finissant dans un point quand elle se montrait dans un autre, elle éclata le 4 août à Saint-Louis, par une température de 23°, au moment où elle s'éteignait à Gorée. Mais, chose remarquable ! dans cette dernière île, on a vu la fièvre jaune naître, croître, et ne se caractériser qu'après une certaine durée ; à Saint-Louis, au contraire, elle apparaît tout à coup dans toute sa laideur. Le premier malade, bien qu'il dût, comme à Gorée, sa maladie à un coup de soleil sur la tête, mourut avec les vomissemens noirs, la suppression des urines et l'ictère. Les cinq ou six suivans présentèrent les mêmes symptômes. En revanche, une circonstance entièrement semblable dans les deux épidémies, c'est que toutes deux se développèrent spontanément, sans aucun soupçon d'importation (1), et sous la seule influence des causes générales et locales inhérentes au pays.

Ne me trouvant pas à Saint-Louis au moment de l'invasion de l'épidémie (2), je crois ne pouvoir mieux faire

(1) Pendant l'épidémie de Gorée, le petit nombre de bateaux qui se rendirent de cette île à Saint-Louis furent soumis à une quarantaine sévère.

(2) Je ne fus appelé à Saint-Louis que dans le commencement de septembre, quand déjà plusieurs officiers de santé y étaient morts ou malades.

que d'emprunter cette partie de mon histoire au rapport officiel de M. *Calvé*, médecin en chef de la colonie. Voici comment il s'exprime :

« La première personne qui fut frappée de la fièvre » jaune à Saint-Louis, est la veuve Grotte, qui con- » tracta la fièvre après être restée au marché, *foyer* » *d'infection*, pendant une heure de la matinée, la *tête* » *nue*, à un soleil ardent. Elle meurt au cinquième » jour, le 7 août, après avoir présenté : teinte ictéri- » que, suppression des urines, vomissemens noirs. » *Douze heures* après, une mulâtresse la prend dans » son lit, la dépose sur le parquet, la lave, l'ensevelit; » quelques jours après (1), cette fille est emportée en » quarante-huit heures, dans les vomissemens noirs. » Au Sénégal, il est *remarquable* que la fièvre jaune » s'est montrée d'abord parmi les blancs qui *habitaient* » *le marché, foyer d'infection*, que l'on s'est empressé » de faire disparaître, mais dont la rue *un mois après* » conservait encore l'odeur des poissons pourris, de » viande putréfiée.

« Sibour et Gentilhomme, capitaines d'artillerie, qui » habitaient *la rue où se trouvait le marché*, sont at- » teints par la fièvre, et meurent au cinquième jour » dans des vomissemens noirs. Ici il y a infection, car » ils n'avaient eu aucune communication avec la seule » personne atteinte de la maladie; mais Poiret et Mau- » din, *demeurant au marché*, assistent Sibour, et sont » bientôt pris de la fièvre jaune, dont ils périssent. Y » a-t-il seulement infection? et la contagion n'y a-t- » elle pas quelque part? Bientôt les *autres boutiquiers* » *du marché* sont pris, et, à peu d'exceptions près, tous » succombent.

« *Dans le même temps*, elle sévissait au nord de » l'île, dans la maison de Tarride, charcutier-boyan- » dier, dont la boutique était un *modèle de putréfaction*, » et la cour un *foyer d'infection*, où des cornes de » bœufs macéraient dans l'eau de la pluie, et où se » trouvaient des cochons et des moutons parqués. Le » mari et la femme sont promptement frappés par la » fièvre jaune, et meurent; la première, au cinquième » jour, et le mari, qui fut transporté à l'hôpital, au » douzième jour, ayant les vomissemens noirs, la tête » ictérique et les urines supprimées.

» Les *nègres* bouchers et boyaudiers, que l'on sait » conserver chez eux de la viande qu'ils ne vendent » qu'en *état de corruption*, ont *tous* péri au commence- » ment de l'épidémie.

» La fièvre jaune s'étend et passe du marché dans la » la rue qui lui était adjacente, celle où demeurent le » curé et la famille Quesnel, qui sont pris de la ma- » ladie. A l'est, elle passe dans la caserne des volti- » geurs, qui est *vis-à-vis du marché*, et atteint bientôt » les casernes du fort, et sévit alors avec une violence » et une étendue extraordinaire parmi les militaires, » qui sur 353 hommes donnèrent 214 morts.

(1) Il aurait fallu indiquer précisément à quelles causes cette femme s'était exposée ; faute de l'avoir fait, cette observation est incomplète.

» Le gouverneur, M. Brou, passe la journée du 17 sep- » tembre la *tête nue* au soleil, ordonnant les secours à » porter à des bâtimens naufragés, et il contracte la » fièvre jaune; l'hôtel du gouvernement est d'ailleurs » adossé aux casernes, etc. »

De ce qui précède, il résulte : 1° que la maladie a, comme à Gorée, éclaté spontanément dans divers points de l'île, et toujours dans des lieux infects contenant des foyers putrides, d'autres fois à la suite d'une insolation, mais qu'il n'y a eu aucune importation (1) de la maladie; 2° que dès qu'un certain nombre de malades eurent encore contribué à augmenter la viciation de l'atmosphère, on vit la maladie gagner de proche en proche, l'infection marcher pas à pas, et laisser voir ses progrès de la manière la plus évidente; 3° qu'enfin la propagation de la maladie s'explique parfaitement bien par l'infection locale, sans être obligé d'admettre la contagion.

Certes, pour prouver qu'une épidémie s'est développée sous l'influence de causes extérieures et locales, qu'en un mot, elle est due à l'infection et non à l'importation et à la contagion, il est difficile de rassembler plus de faits positifs, et d'en mieux montrer la liaison que ne l'a fait M. *Calvé;* et cependant ce médecin a admis la contagion, se fondant précisément sur ces mêmes faits, et sur quelques autres que je vais énumérer. Les voici : plusieurs familles ont perdu un grand nombre de leurs membres, et quand la maladie se déclarait dans une maison elle en frappait ordinairement presque tous les habitans; de 16 sœurs hospitalières, 4 sont mortes; 10 médecins sur 12 furent malades, 6 succombèrent; au plus fort de l'épidémie, 3 militaires se succédèrent dans l'hôpital, remplissant les fonctions de barbiers, et tous trois moururent; vers le milieu de septembre, dans l'hôpital, et sous l'influence de trente malades atteints de fièvre jaune, plus de quatre-vingts autres malades de maladies étrangères à l'épidémie, furent pris de la fièvre jaune; M. Mac....., négociant, fait déclouer le cercueil de sa femme pour l'embrasser encore, et trois jours après il est emporté par la fièvre (2); le greffier de la colonie, étant entré dans le magasin d'un homme mort de la fièvre jaune (magasin qui était soigneusement fermé et sous scellés depuis un mois et demi, et contenait des matières animales en putréfaction), fut pris le soir même de la maladie régnante, etc.

Eh bien! je le demande, y a-t-il là un seul fait qui indique clairement et nettement la contagion? Non, je ne le pense pas. Tous, au contraire, prouvent l'infection

(1) Dans un autre endroit du rapport de M. *Calvé*, on trouve cette phrase : « On pourrait croire qu'il y a eu importation de la maladie de Gorée à Saint-Louis; mais *positivement* il n'en est rien, les mesures sanitaires les plus sévères, etc. » Et M. *Calvé* est contagioniste, notez le bien.

(2) M. *Calvé* aurait dû ajouter, sous forme de renseignemens, que ces deux jeunes gens étaient mariés depuis un mois, huit jours après l'explosion de l'épidémie, et que l'abus des plaisirs vénériens n'a fait grace à personne.

la mieux caractérisée, agissant, notez-le bien, sous l'influence de la cause épidémique, quelle qu'elle fut; cause insaisissable, il est vrai, mais qui, pour échapper à nos moyens si bornés d'investigation, n'en existait pas moins, puisque l'effet était là; car, tandis que tous les ans, dans des circonstances entièrement semblables, du moins en apparence, on ne voyait point la fièvre jaune, on la vit cependant en 1830. Il y avait donc une cause occulte qui imprimait ce cachet à la maladie, ou, pour mieux dire, à toutes les maladies qui se développaient sous son règne, et auxquelles elle imposait, pour ainsi dire, sa livrée. Mais il n'en est pas moins vrai que les causes productrices de la maladie étaient toutes ces circonstances extérieures ou intérieures, que nous pouvons apprécier, puisqu'on voyait la fièvre jaune se développer aussi bien après une indigestion, un excès vénérien, qu'après l'habitation dans des lieux contenant des matières putréfiées ou des miasmes exhalés par un grand nombre de malades agglomérés, ou même de valides; puisqu'elle éclatait aussi bien chez l'homme pusillanime, séquestré de toutes communications extérieures, mais déjà vaincu par la peur, que chez l'homme courageux qui succombait sous le poids des fatigues physiques et morales les plus grandes, et qu'un service de tous les instans, de jour comme de nuit, tenait au centre de l'infection.

Quoi d'étonnant que trois barbiers qui passent leurs journées entières dans l'hôpital, où cent trente moribonds vicient l'air, déjà capable à lui seul de donner la fièvre jaune; quoi de surprenant, dis-je, que ces hommes succombent sous l'influence épidémique, quand, au dire de M. *Calvé* lui-même, la seule infection a suffi pour produire la maladie chez toutes les personnes qui l'habitaient ou le fréquentaient? La chose extraordinaire serait que ces hommes n'eussent point eu la fièvre jaune. Ils étaient exposés aux mêmes causes que les autres, et plus que les autres; ils devaient avoir le même sort. Ces causes, évidentes ou occultes, avaient pu développer la fièvre jaune chez des sujets isolés, et ayant toute leur énergie morale; pourquoi donc supposer qu'elles eussent perdu cette puissance alors qu'elles agissaient sur des individus entassés dans des salles d'hôpital ou des casernes, livrés souvent à des excès de tous genres, et frappés d'une terreur panique.

Ce que j'ai dit à l'occasion des barbiers, se rapporte exactement aux sœurs hospitalières, aux médecins, aux membres d'une famille qui tombaient malades après avoir soigné leurs parens, etc. Toutes ces personnes tombaient malades sous l'influence de la cause épidémique, aidée par l'infection continuelle dans laquelle elles vivaient.

Non, je le répète avec une entière conviction, bien que M. *Calvé* m'ait fait dire le contraire, la fièvre jaune de Saint-Louis, pas plus que celle de Gorée, n'a été contagieuse; elle a été seulement épidémique. Comme cette dernière, elle s'est développée spontanément, sous l'influence de causes très-puissantes. Elle a été plus meurtrière que celle de Gorée, parce que Saint-Louis, entouré de marécages, est beaucoup plus malsain que Gorée, situé en pleine mer; parce que surtout il existait à Saint-Louis plus de causes d'infection qu'à Gorée, et que la démoralisation y a été portée plus loin.

D'ailleurs, voulez-vous des contre-preuves?

Un grand nombre de bâtimens du commerce, ayant avec Saint-Louis des communications continuelles, et ramenant en Europe plusieurs convalescens et des passagers qui avaient habité des maisons frappées de fièvre jaune, quittèrent Saint-Louis le 17 septembre, six semaines après l'invasion de la maladie. Eh bien! aucun d'eux n'a eu l'épidémie, bien que quelques-uns aient perdu des personnes qui avaient habité Saint-Louis. Un autre fait, invoqué en faveur de la contagion, et qui me semble l'infirmer de la manière la plus positive, c'est que le 27 ou le 28 septembre, « une émigration d'une » vingtaine de personnes (c'est M. *Calvé* qui parle), qui » n'avaient pas encore été malades, eut lieu tout à » coup pour Gorée. Il était à craindre qu'après avoir » séjourné pendant deux mois au milieu du foyer de la » fièvre jaune, plusieurs d'entre elles, qui surtout avaient » donné des soins à des personnes atteintes de la ma- » ladie (1), ne se vissent, rendues à Gorée (2), en proie à » la fièvre épidémique. Il a été remarquable que pas » une seule de ces personnes n'a été atteinte. A-t-il » suffi d'un transport par mer, de quarante lieues, qui » s'est effectué en deux jours, pour détruire chez elle » le germe d'incubation? ou cette fièvre jaune a-t-elle » un début instantané après l'introduction dans l'éco- » nomie des miasmes productifs? Selon moi, ajoute » M. *Calvé*, ce fait est de nature à faire naître de gran- » des réflexions sur la production de cette maladie; il » semblerait prouver *que la présence d'un foyer d'in- » fection était indispensable pour la production de la » fièvre jaune.* »

Eh! sans doute, elle était essentiellement indispensable, puisqu'il suffisait de s'éloigner de ces foyers, même après deux mois de cohabitation avec les malades, pour être tout à fait à l'abri de l'épidémie, comme le démontrent les faits que M. *Calvé* lui-même a rassemblés pour prouver la contagion, et qui, à son insu, l'ont conduit à la rejeter, en adoptant l'infection, tant est grande la force de la vérité!

Quant à la marche de la maladie, elle a offert de grandes différences, comparée à celle de Gorée. Comme je l'ai déjà dit, l'épidémie a débuté à Saint-Louis par la fièvre jaune la plus franche, sans y arriver par degrés; mais une différence non moins grande, c'est qu'on n'y trouvait plus le caractère rémittent si tranché à Gorée. Les symptômes encéphaliques et les gastro-hépatiques, qui furent les mêmes que ceux observés dans la première épidémie, se succédaient immédiatement ou

---

(1) De ce nombre était la famille de M. le gouverneur; et, bien que son frère, tout récemment arrivé en France, et dans les prédispositions les plus favorables, l'eût soigné pendant 5 jours, il n'en fut pas plus malade que les autres. (Note de M. *Calvé*.)

(2) Depuis six semaines il n'y avait plus de malades à Gorée.

s'entaient les uns sur les autres, sans qu'il y eût la moindre intermittence.

A Saint-Louis, on a souvent observé la diarrhée, et quand elle accompagnait les vomissemens, les malades semblaient en proie au choléra-morbus. L'agitation générale, si pénible à Gorée, était moins prononcée à Saint-Louis. Quant à la gravité de la maladie, elle y fut plus grande, si on en juge par le nombre des morts, puisque sur un personnel de 650 Européens cette malheureuse ville en a perdu 328; c'est un peu plus de la moitié; tandis que Gorée n'a perdu qu'un peu plus du tiers.

Le résultat des autopsies a été de même à Saint-Louis qu'à Gorée; seulement, dans quelques cas, l'intestin grêle et le colon offraient des traces rouges très-prononcées, et le plus souvent le duodénum partageait l'état de l'estomac.

Quant au traitement, il n'a offert qu'une seule différence, mais elle est notable et facile à prévoir. Là où il n'existait plus de signe de rémission ou d'intermittence, le sulfate de quinine ne pouvait plus réussir, et il a en effet complétement échoué à Saint-Louis; mais, à cette seule différence près, le traitement a été le même qu'à Gorée, et réussissait souvent, quand les malades n'avaient pas l'imprudence de ne se plaindre qu'après vingt-quatre heures de maladie.

Il me reste un dernier fait à signaler : quand la fièvre jaune se développa chez les sujets de l'hôpital, atteints d'affections chroniques, de fièvres intermittentes, dysenteries, gastro-entérites, etc., elle fut foudroyante. La première période de la maladie n'avait pas lieu; on voyait survenir tout à coup les vomissemens, l'ictère et tous les symptômes de la deuxième période, et les malades étaient emportés en vingt ou trente heures. Ces exemples ont été assez nombreux et n'ont pas peu contribué à grossir le chiffre de la mortalité.

L'épidémie éclata à Saint-Louis le 4 août et se termina le 15 novembre : sur une population de 650 Européens, 328 succombèrent, et tous les autres furent malades, à un petit nombre d'exceptions près, parmi lesquelles se trouvent les vingt personnes qui se réfugièrent à Gorée. Beaucoup de nègres et quelques mulâtres ressentirent l'influence épidémique, et la mortalité chez eux fut un peu plus grande qu'à Gorée.

Là se borne mon rôle d'historien. Je sens tout ce qu'a d'incomplet un pareil travail; mais les bornes d'une simple dissertation ne permettent pas des développemens plus considérables, et je crains même déjà d'avoir été trop prolixe.

En résumé, ce n'est pas la première fois qu'on a observé des épidémies de fièvre jaune au Sénégal, puisqu'au dire des habitans, ils en ont vu une très-meurtrière en 1778.

Les deux épidémies de 1830, à Saint-Louis comme à Gorée, se sont développées *spontanément*, sans aucune apparence d'importation, sous l'influence des causes inhérentes au climat et aux localités, et sans doute aussi d'une autre cause particulière, inappréciable autrement que par ses effets, et qui a également provoqué la fièvre jaune en 1828 et 1829, le long de la côte occidentale de l'Afrique, depuis l'île du Prince jusqu'en Gambie.

Dans aucune des deux localités elle n'a été contagieuse; mais elle s'est surtout accrue et propagée par infection.

Parmi le petit nombre de personnes qui n'ont point été malades, il en était plusieurs qui n'étaient point acclimatées.

Les indigènes ont peu souffert dans les deux îles, mais sur le continent ils ont été écrasés dans certaines localités : les mulâtres ont été plus épargnés que les nègres.

La maladie consistait surtout dans une inflammation suraiguë des méninges, du cerveau peut-être, de l'estomac, du duodénum et du foie. Ce n'était point une maladie spécifique, mais bien une *forme très-grave*, imprimée aux maladies endémiques du climat par le concours de l'insolation, d'une température élevée, de certains foyers putrides, et sans doute aussi de quelque autre agent qui jusqu'ici s'est dérobé à toutes les recherches.

La méthode antiphlogistique la plus énergique est celle qui a compté les seuls succès obtenus, et qui a promptement remplacé toutes les autres.

A Gorée, le sulfate de quinine, donné à temps, a *toujours* prévenu la deuxième période; à Saint-Louis il a complétement échoué.

La saignée permanente au moyen des sangsues, employée quatre fois à Gorée, a toujours été suivie de succès.

N° 18. — 30 Avril.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

SERVICE DE M. VELPEAU.

Opération de la cataracte par extraction. — Nouvel instrument pour fixer le globe oculaire; par M. Estevenet, interne.

La grande mobilité du globe oculaire chez un certain nombre de malades, est une des circonstances qui augmentent le plus les difficultés que présente l'opération de la cataracte par extraction; et il arrive souvent, qu'à cause de cette mobilité, la main la plus habile ne parvient qu'avec grande peine à faire à la cornée un lambeau régulier, et à éviter de blesser les organes qui se trouvent dans le voisinage. Divers moyens ont été proposés, divers instrumens ont été imaginés pour fixer l'œil, mais tous ont été à peine employés par leurs auteurs, mais presque toujours rejetés de la pratique ordinaire de la chirurgie. Tel est le sort qu'ont subi la pince de Ten-Haaf, la pique de Pamard, diversement modifiés par Casamata et Rumpelt; l'instrument de Poyet, destiné à passer un fil à travers le globe oculaire pour le soutenir et le fixer, et plusieurs autres plus ou moins dignes de l'oubli dans lequel ils sont tombés. Enfin, convaincu de la nécessité de rendre l'œil immobile, et rejetant en même temps l'usage d'instrumens

spéciaux pour cela, quelques chirurgiens ont eu l'idée de se servir des doigts pour remplir cette indication. C'est ainsi que Ware a donné le conseil de comprimer le globe de l'œil à l'aide du doigt porté à son grand angle, jusqu'à la section complète de la cornée. Convaincu des accidens que peut entraîner la compression de l'œil, M. Velpeau avait cherché à remplir le même but sans exercer de pression, et il y était arrivé en portant l'ongle de l'un des doigts de la main qui ne tient pas l'instrument, au-dessous de sa pointe, lorsque celle-ci a traversé la cornée, et de lui faire suivre son tranchant à mesure que la section s'opère. Mais il s'est aperçu qu'il était assez difficile d'exécuter ces divers mouvemens avec précision, au moyen du doigt, et il a été conduit par là à imaginer un petit instrument extrêmement simple et dont l'emploi est aussi facile qu'avantageux.

L'ophthalmostat récemment mis en usage par M. le professeur Velpeau, se compose d'une lame d'écaille ou d'ivoire arrondie par ses bords et par son extrémité, recourbée légèrement sur une de ses faces, longue d'environ un pouce, large de trois lignes, supportée sur un manche semblable à celui d'une aiguille à cataracte. Voici comment on en fait usage. Lorsqu'on a traversé la chambre antérieure à travers la cornée, et que la pointe du kératotome s'est fait jour à l'extérieur, l'ophthalmostat est porté derrière cette pointe; la concavité répondant à l'instrument, de cette manière l'œil se trouve fixé entre les deux instrumens. L'incision de la cornée est opérée principalement de la pointe vers le talon du kératotome, à l'aide du petit instrument qui pousse la cornée au-devant du tranchant du couteau : ainsi on peut opérer avec plus de facilité la section de la cornée sans que l'on soit exposé à aucun mouvement.

Le seul inconvénient que présente l'usage de cet instrument, est d'occuper l'une des mains du chirurgien, nécessaire souvent pour abaisser la paupière inférieure; mais comme on a l'avantage de pouvoir diriger l'œil dans toutes les directions, on peut le faire tourner en haut et éloigner le tranchant du couteau de la paupière inférieure; ou bien on peut faire abaisser celle-ci par un aide, mais le plus souvent l'opération peut être faite sans qu'on ait à s'en inquiéter : presque toujours elle est suffisamment abaissée par l'instrument lui-même. D'ailleurs, avec un peu d'exercice, le chirurgien peut facilement, avec la même main, tenir l'instrument et abaisser la paupière. Si on voulait modifier la forme de son manche, on pourrait fixer la lame d'écaille sur un dé à coudre, et il aurait encore un grand avantage sur la pique de Pomard, modifiée par Rumpeld et Demours.

L'opération de la cataracte par extraction, vient d'être pratiquée avec cette petite modification, sur deux malades chez lesquels elle a eu un plein succès. L'un de ces malades était un homme de 44 ans, d'une bonne constitution, affecté depuis 3 ou 4 ans d'une double cataracte, purement lenticulaire à droite, lenticulo-capsulaire à gauche, sans autre affection du globe oculaire, avec mobilité complète de l'iris. L'opération a été faite des deux côtés le même jour, et le malade a pu sortir au bout de huit jours, très-bien guéri de sa double opération, et ayant recouvré, autant que possible en pareil cas, la faculté de voir. L'autre était un charron, âgé de 51 ans, venu, comme le précédent, de la campagne pour se faire opérer à Paris. Chez lui la maladie avait commencé cinq ans auparavant sur l'œil droit, et n'avait envahi le gauche que trois ans plus tard. Lorsqu'il s'est présenté à la clinique il avait à droite une cataracte lenticulaire, de couleur bien uniforme, légèrement veloutée; à gauche l'altération du cristallin formait une tâche moins opaque, un peu nacrée : de ce côté aussi le malade voyait encore assez pour se conduire. L'opération fut faite du côté droit seulement; elle eut un succès aussi beau que chez l'autre malade, et cet individu fut en état de sortir dix jours après.

Ces deux malades ont suggéré à M. Velpeau les réflexions suivantes : lorsqu'un malade arrive de province pour se faire pratiquer une opération, doit-on la lui pratiquer immédiatement? Si on a à craindre, en différant, de voir l'ennui s'emparer du malade, et le mettre dans de mauvaises conditions, on a bien plus à redouter des maladies extrêmement graves qui atteignent surtout les nouveaux arrivés, qui peuvent survenir quelques jours après l'opération et la compromettre gravement. A ce sujet il cite les cas suivans: Un malade était venu à Paris pour se faire opérer d'un cancer de l'œil, il fut pris presque en arrivant, d'un érysipèle de la face qui mit sa vie en très-grand danger. Un autre, venu pour se faire traiter d'un anus contre nature, fut pris, avant la moindre tentative d'opération, d'inflammation gangréneuse, qui le fit mourir en quatre jours. Un troisième, venu pour se faire opérer d'une fistule lacrymale, mourut en très-peu de jours d'une péritonite. Ces exemples portent M. Velpeau à attendre que les malades se soient acclimatés avant de les soumettre à des opérations.

A quelle époque de l'invasion d'une cataracte doit-on faire l'opération? on s'est beaucoup récrié contre les chirurgiens anciens qui ont avancé qu'il fallait attendre la maturité de la cataracte. Ce précepte des anciens mérite d'être observé, et ces termes de maturité de la cataracte doivent être traduits par cette proposition : c'est presque toujours un travail morbide fluxionnaire ou autre qui détermine la cataracte chez les individus trop jeunes pour qu'elle soit chez eux un effet de l'âge. Ce travail se manifeste par de violens maux de tête, des étourdissemens, des bourdonnemens d'oreilles qui cessent lorsque le travail est achevé. En dérangeant ce travail, on courrait risque de voir des phénomènes d'une autre nature se montrer dans l'œil : c'est pour cela qu'il est prudent d'attendre la maturité des cataractes.

Lorsque deux cataractes existent chez le même sujet, doit-on l'en débarrasser le même jour? Si les deux affections sont complètes, M. Velpeau les opère l'une et l'autre; si elles sont à des degrés différens, il opère seulement celle qui est arrivée à son entier développement. Les deux malades dont j'ai précédemment résumé l'observation, lui ont fourni le sujet d'exécuter ce précepte.

BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

AVRIL 1836.

HOTEL-DIEU.

SERVICE DE M. BALLY. — CLINIQUE DE M. PIORRY.

Névralgie ascendante avec accès épileptique. — Névrite, hypernévrotrophie sur le lieu d'où partait la douleur. — Hémo-dermite varioleuse. — Entérite typhohémique. — Mort. — Nécroscopie.

Grossin, menuisier, âgé de 17 ans, d'une bonne constitution, et dont le crâne est très-bien conformé, est né de parens qui jamais n'ont été atteints soit d'épilepsie, soit d'aliénation mentale. Son frère a été sujet à des mouvemens convulsifs de la tête.

A l'âge de sept ans, comme il revenait du collége, on le fit boire beaucoup de vin blanc, et à tel point, qu'il fut dans une ivresse complète. On ne sait pas s'il fit une chute lorsqu'il était dans cet état. Le lendemain, il éprouva *une attaque de nerfs* des plus violentes : huit jours après, elle récidiva et revint ensuite tous les huit jours. Il y en a eu jusqu'à deux en vingt-quatre heures. Cependant, des intervalles d'un mois ont quelquefois eu lieu entre les accès qui se sont déclarés à des heures très-variables.

Chaque attaque commençait par une douleur qui se faisait sentir à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras droit, entre les tendons des muscles fléchisseurs, et très-près du poignet. Elle consistait dans un engourdissement qui durait pendant *une minute et demie*, sans que le malade fût atteint du moindre accident cérébral. C'était seulement après ce temps, que la maladie remontait vers le bras, et semblait arriver jusqu'à la tête. Alors, les yeux se convulsaient; le malade perdait connaissance, écumait, se mordait la langue et éprouvait, pendant quelques minutes, des convulsions épileptiformes. A la suite de celles-ci, il y avait une stupeur marquée, une extrême faiblesse de l'intelligence qui, même dans l'intervalle des accès, était singulièrement affaissée.

Le malade croyait sentir une tumeur entre les tendons des muscles fléchisseurs de l'avant-bras. Lors de la visite qui eut lieu le 29 novembre 1835, salle Saint-Landry, n. 67, on crut aussi trouver, sur ce même point, un corps peu volumineux et inégal. On verra bientôt que c'était là une erreur de la palpation.

Ce qu'il y a de fort remarquable, c'est que le malade, ou les assistans, pouvaient arrêter les accès au moment de leur invasion. Il suffisait, pour y parvenir, d'exercer une compression très-forte sur l'avant-bras et au-dessus du lieu où la douleur prenait son point de départ.

Ces renseignemens, recueillis avec un soin extrême, furent donnés, non-seulement par le malade lui-même; mais encore par des parens que l'on fit venir à l'hôpital.

On prescrit une compression méthodique et continue sur l'avant-bras, au-dessus du lieu qui paraissait le point de départ des accidens. Elle fut assez mal exécutée, et ne produisit aucun effet. Il y eut plusieurs accès dont les élèves furent témoins, et qui présentèrent, au plus haut degré, les caractères de l'épilepsie. On renonça à la compression, et on allait employer le sulfate de quinine, à haute dose, et des narcotiques sur la région malade, appliqués par la méthode endermique, lorsque ce malade fut atteint d'hémo-dermite varioleuse (petite-vérole).

Le 17 décembre, des vomissemens et des accès d'épilepsie très-forts, se déclarèrent. Le 19, des taches rouges parurent sur sa peau. Le 21, la face était couverte d'une éruption évidemment varioleuse : des tumeurs saillantes, rouges, ombiliquées, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chenevis, présentaient à leur centre une dépression ombiliquée; il en existait sur les paupières; le front en était convert. Confluentes sur la poitrine, sur quelques points des bras et de la poitrine, on en voyait aussi sur les bras et les cuisses, en quantité assez considérable. Il y en avait même sur les pieds et sur les mains. Des enduits blanchâtres et épais couvraient la langue, dont la rougeur était vive. Quelques pustules existaient sur la luette et sur le voile du palais. Les symptômes généraux étaient modérés.

On cautérisa les pustules des paupières. On appliqua sur la joue gauche, un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, et sur la droite, un emplâtre de diachylum. On choisit ces médicamens de bonne qualité et très-aglutinatifs, et on fit en sorte qu'ils fussent bien adhérens à la peau.

Malheureusement, cette application n'eut pas l'effet qu'on en désirait obtenir, et il faut avouer que l'état mental de ce malade, le rendait trop indocile pour qu'on pût obtenir de lui qu'il ne touchât pas aux emplâtres, et qu'il ne les dérangeât pas. L'abstinence des alimens, et la tisane d'orge firent, pendant les premiers jours, tous les frais du traitement.

Les jours suivans, les pustules se développèrent, et celles de la face furent d'abord aussi grosses que celles des autres parties du corps. Le 23, on cautérisa les boutons des joues et des paupières. Le 26, les pustules

étaient remplies de pus, et il y eut du délire pendant la nuit. Le 27, on en ouvrit quelques-unes dans le bain; l'indocilité du malade empêcha d'enlever l'épiderme au plus grand nombre d'entre elles. Heureusement que Grossin les déchira lui-même. Le 31, les cicatrices remplaçaient les boutons varioleux, et il y avait quelques croûtes. Les pustules de la face, soit du côté où le diachylum avait été mis, soit du côté où l'emplâtre mercuriel avait été placé, n'avaient pas pris autant de développement que sur les autres points de la peau.

La convalescence de la variole paraissait complète. Le 2 janvier, le malade était à la demie d'alimens; l'intelligence était toujours faible. *Du dévoiement survint* et continua jusqu'au 9 janvier, époque à laquelle *se déclarèrent chaque jour des accès épileptiques, suivis de délire et de raideur des membres* : il fallut mettre la camisolle. *La face prit l'aspect typhohémique*, il y eut jusqu'à deux accès d'épilepsie dans un jour. Le 13, le malade mourut dans un état comateux, convulsif, avec des ronchus trachéaux, et *après avoir eu de nombreuses selles liquides chaque jour.*

Aucun des moyens employés ne réussit. La diète, l'eau de riz, la décoction blanche; des applications extérieures furent sans résultat avantageux. Les accidens étaient devenus trop continus pour qu'on donnât du sulfate de quinine.

Lors de la nécroscopie, on fit d'abord une incision sur le lieu d'où semblaient partir les accidens. On trouva que le nerf médian, du côté droit, était beaucoup plus gros au niveau du poignet qu'au-dessus. Cette disposition existe bien dans l'état normal; mais elle est à coup sûr moins évidente alors que chez ce malade. Du côté opposé, le même nerf était sensiblement moins gros. A droite, son hypertrophie augmentait à mesure qu'on le considérait plus près de sa division dans la main. Là, il présentait plusieurs rameaux vasculaires très-développés, formant trois troncs assez volumineux, et donnant naissance à des ramuscules très-déliés et très-nombreux, qui donnaient à tout le nerf une couleur rouge prononcée. Cette rougeur existait dans l'étendue de sept à huit lignes. Le nerf n'était ni ramolli ni induré. On ne sait pas si la pulpe elle-même, ou le névrilème, étaient principalement affectés, parce qu'on a voulu conserver les parties malades. De l'autre côté, à peine y avait-il un petit rameau veineux, et le nerf ne paraissait point rouge. *L'espace où la lésion avait lieu, correspondait évidemment au point où le malade disait ressentir la douleur une minute avant l'accès épileptique.*

Pour bien s'assurer du degré de l'hypertrophie, et pour ne pas s'en laisser imposer par des apparences si souvent trompeuses, on isola les deux nerfs médians, on les dépouilla du tissu cellulaire qui les entourait et on en coupa des deux côtés une égale longueur. Je priai M. Dariste, interne, attaché au service de M. Bally et au mien, et qui met autant de zèle que d'exactitude dans ses recherches, de peser les deux portions de nerf. Il trouva que celle du côté droit avait un poids de 8 décigrammes 2 centigrammes, tandis que celle du côté gauche pesait 6 décigrammes 9 centigrammes, ce qui faisait un décigramme et 9 centigrammes de plus pour le nerf malade, c'est-à-dire, une différence de près d'un sixième. Je conserve avec soin ces deux nerfs desséchés. Celui du côté droit offre encore, sur le point affecté, une rougeur évidente. Le membre droit ne paraissait pas plus gros que le gauche.

Les membranes adhéraient légèrement à la surface du cerveau. Les circonvolutions avaient leur volume accoutumé. La substance grise conservait sa coloration normale; elle était un peu moins ferme qu'à l'ordinaire, surtout à gauche. Les vaisseaux des méninges de la voûte présentaient une légère injection. Toutes les parties profondes de l'encéphale, examinées avec une exactitude voisine de la minutie, n'étaient le siége d'aucune lésion; il en était ainsi du cervelet.

Les bronches contenaient une quantité d'écume médiocre, et présentaient, en arrière, à leur surface, de petits points grisâtres entourés d'un tissu rouge. Ces points avaient le volume d'une tête d'épingle, et offraient assez bien l'apparence de tubercules; ils étaient consistans. Les parties déclives étaient d'ailleurs atteintes d'une légère pneumohémie hypostatique.

L'estomac étain sain, mais les intestins grêles, surtout au niveau de la valvule iléo-cœcale, présentaient une rougeur très-vive de la membrane muqueuse. On y voyait, sur divers points, de nombreuses arborisations pointillées, et des taches rouges très-manifestes. Les plaques de Peyer, surtout vers la valvule, étaient beaucoup plus volumineuses que dans l'état normal, et celle qui est la plus voisine de la terminaison de l'iléon était surtout développée. Aucune des plaques agminées n'offrait d'ulcérations, et il n'y avait d'éruption psorentérique (Serres) sur aucun point de la membrane muqueuse intestinale.

Réflexions.

Une foule de considérations ressortent naturellement de cette observation : les unes ont rapport à l'épilepsie; les autres, à la variole; les troisièmes, enfin, à l'entérite qui a causé les derniers accidens.

Chez ce sujet, il serait difficile de ne pas considérer l'épilepsie comme une névralgie partant du nerf médian droit et s'étendant au cerveau.

L'examen des symptômes montre, en effet, le point de départ du mal. Celui-ci met près d'une minute et demie avant d'arriver aux parties centrales du système nerveux. Quelquefois même, il se reproduit auparavant dans l'extrémité inférieure droite, et, lorsqu'il arrive à l'encéphale et peut-être aux nerfs optiques, les yeux deviennent fixes; le malade perd alors connaissance, est pris de convulsions épileptiques qui durent quelques minutes. Il semble que la série de mouvemens oscillatoires qu'on *voit dans l'iralgie;* qu'on sent dans les crampes, ou lors de la compression du nerf cubital; qu'on éprouve dans les doigts refroidis qu'on approche du feu, se propage lentement dans diverses parties du système nerveux. Il semble que cette popagation a lieu : 1° par les nerfs du sentiment; 2° par certaines portions

de l'encéphale, en rapport avec eux ; 3° par les nerfs du mouvement qui y correspondent.

Lorsque ce phénomène a, dans notre théorie, parcouru toute cette étendue du système nerveux, le mal cesse, laissant le malade dans la stupeur, et l'intelligence dans l'engourdissement. C'est ainsi qu'après l'iralgie, et lorsqu'elle a parcouru sa première période, il y a un sentiment de malaise qu'on ressent mieux qu'on ne l'exprime. A la suite de cette série de phénomènes observés dans l'épilepsie, le cerveau souffre; il y a encéphalopathie, et celle-ci peut, suivant l'espèce de nerf primitivement malade, suivant le point du cerveau compromis, suivant l'ancienneté du mal, etc., être accompagnée de délire, d'encéphalite, etc.

L'examen des organes du cadavre, est complétement en rapport avec cette manière de considérer les faits : non seulement il y avait une rougeur et un développement de vaisseaux très-marqués sur le point d'où les accidens partaient ; mais encore le nerf était de près d'un sixième plus volumineux que celui du côté opposé. La densité moins grande du cerveau à sa surface, altération qui ne se retrouvait que dans la substance grise, était de date très-récente. Cette lésion donnait bien l'explication organique du délire observé; mais à coup sûr elle ne durait pas depuis de longues années. Chez notre malade, l'épilepsie était au contraire fort ancienne. Ces mêmes remarques sont applicables aux adhérences existant entre les membranes cérébrales et le cerveau. A coup sûr, elles ne dataient pas d'une époque reculée. Les méninges ne présentaient aucune altération de structure.

Ainsi, ce fait est l'un de ceux qui portent le plus à considérer l'épilepsie comme une névralgie ascendante, ayant son point de départ primitif dans des nerfs des sens. M. le docteur Falret, auquel j'ai communiqué ces idées, et qui est si bon juge en pareille matière, ne paraît pas en être éloigné, au moins pour certains cas qu'il a observés. Du reste, ce n'est pas sur une seule observation que ces considérations sont établies. Le mémoire sur l'iralgie, consigné dans le *Procédé opératoire*, n° 807, celui sur les névralgies et les névroses, faisant partie de la *Clinique Médicale*, pages 263, 295, 302, 311, 321, 337, 344, et plusieurs observations consignées dans le *Bulletin Clinique*, établissent le fait des névralgies ascendantes d'une manière qui me paraît incontestable. Les faits qui y sont rapportés, beaucoup d'autres que je possède, une foule de considérations et de rapprochemens, me prouvent, jusqu'à l'évidence, l'identité de plusieurs névroses et de névralgies. Bien plus, que ces vues théorico-pratiques, m'ont donné les plus heureux résultats dans l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, j'ai vu ces affections céder, dans certains cas, d'une manière prompte et complete, aux moyens qui me réussissent d'ordinaire dans les névralgies.

Dans ce cas de variole, les applications locales d'emplâtres, réussirent médiocrement à prévenir le développement des pustules. Il est vrai que ce moyen ne fut pas aussi exactement employé qu'on aurait pu le désirer. Dans une autre observation qui, plus tard sera publiée, l'emplâtre de Vigo, appliqué par M. Gariel, parut d'abord réussir ; mais plus tard le gonflement de la face devint très-prononcé de ce côté où cette application avait été faite : tout au contraire, les pustules de l'autre côté, qu'on a ouvertes au moment où le pus les distendait, étaient alors guéries, et la face de ce même côté, n'était en aucune manière tuméfiée. Cette inégalité dans les résultats, était des plus remarquables, et donnait à la physionomie un étrange aspect.

Il y a quatre ans déjà que j'ai appliqué, à la Pitié, des emplâtres sur les pustules varioliques, lors de leur début, et que j'ai eu à m'en louer. M. Chaunt, qui remplit avec tant de zèle les fonctions de chef de clinique dans mon service, atteint de variole, a été traité de cette sorte, lorsque déjà j'avais réussi sur d'autres malades. Je serais très en droit de réclamer ici la priorité pour les emplâtres appliqués contre la variole. Du reste, c'est à M. Serres, ainsi qu'à M. Gariel, qu'appartient, d'une manière complète l'emploi de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*. (Voy. l'article hémo-dermite varioleuse, publié il y a près d'un an, et longtemps avant la publication de M. Gariel qui, d'ailleurs est un de mes élèves, et qui a quelquefois suivi ma clinique à la Pitié.)

Chez notre malade, il y a eu quelques traces de petits abcès en voie de résorption à la surface postérieure des poumons. Plusieurs d'entre eux semblaient passer à la consistance de tubercules. C'est qu'ici il y avait eu du pus dans les boutons varioleux ; c'est que plusieurs d'entre eux n'avaient pas été ouverts ; c'est qu'il y avait eu pyohémie, et partant, abcès circonscrits métastatiques. (Voy. les articles Hémodermite varioleuse et Pyohémie *du Traité de Médecine pratique*).

Enfin, une entérite typhohémique a décidé la perte de liquide qui a affaibli le malade, et l'anhématosie par l'écume bronchique, cause actuelle de la mort. Cette entérite a été contractée dans les salles. La complication typhohémique a été la conséquence de la respiration de l'air impur dans lequel se trouvait le malade couché dans un lit insalubre. Ce lit était situé au milieu d'une salle où l'on ne ventile point. Cette maladie n'a pas été portée jusqu'à l'ulcération des plaques de Peyer, parce qu'elle n'a pas eu assez de durée pour qu'il en ait été ainsi. Il y a eu seulement rougeur à la membrane muqueuse, et inflammation avec hypertrophie des plaques de Peyer.

Des phénomènes cérébraux très-graves, et un ramollissement très-superficiel de la substance grise, se sont ici manifestés. Aussi, y a-t-il eu du délire. Or, remarquez que la forme *ataxique* de la maladie, était due, non pas *au génie particulier* de celle-ci, mais bien à la disposition spéciale du sujet, à une ancienne encéphalopathie, suite d'accès épileptiques répétés.

Tant il est vrai, dans toute maladie, que le médecin doit songer non-seulement à la lésion qu'il croit être principale; mais étudier avec tout autant de soin les autres états organiques que présente le sujet; tant il est vrai qu'il doit s'enquérir des antécédens comme des

circonstances actuelles ; tant il est vrai qu'il doit, autant que possible, rechercher, dans l'organisation, la cause des phénomènes qu'il observe actuellement.

P. A. Piorry.

HOTEL-DIEU.

Service de M. Breschet.

Hydrocèle de la tunique vaginale et engorgement du testicule.

Un homme, d'une constitution robuste, porte, depuis trois ans, un gonflement des bourses. Il en attribue la cause au froissement des testicules qu'il aurait ressenti en montant à cheval. Après un examen attentif des parties génitales, on reconnaît facilement une hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche. Cette tumeur est fluctuante, transparente, non réductible ; aucun trouble dans les fonctions digestives. Cet homme dit avoir éprouvé, dès l'invasion de la maladie, de la douleur et un gonflement à l'aîne gauche. Après s'être assuré de la position du testicule, on fit la ponction ; il s'écoula environ dix onces d'un liquide blanc, transparent. On reconnut que le testicule était une fois plus gros qu'à son état normal. On exerça de légères pressions sur le scrotum. Dès qu'on eut la certitude qu'il n'existait plus de sérosité dans la tumeur, on fit couvrir tout le scrotum d'un large vésicatoire qui donna, le lendemain, une grande quantité de sérosité. Pendant cinq jours, on pansa la plaie avec la pommade épispastique.

Ce traitement, dans l'espace de huit jours, fit disparaître une maladie qui, par tout autre moyen, aurait exigé un mois. Le testicule, depuis l'emploi du vésicatoire, avait diminué d'un tiers. On fit une nouvelle application du vésicatoire. Quatre jours après, le testicule était à son état normal. Il ne restait plus qu'un léger engorgement de l'épididyme. Le malade, étant dans les conditions les plus favorables pour une guérison parfaite, quitta l'hospice.

Cette observation présente de l'intérêt, en ce qu'elle fait connaître la cause de l'hydrocèle qui est consécutive à un engorgement du testicule. C'est surtout par rapport au traitement, que nous insisterons sur ce malade. Dans l'espace de quinze jours, il a été guéri d'une affection qui, traitée par les injections (méthode la plus généralement répandue), aurait demandé beaucoup plus de temps, et aurait présenté des inconvéniens très-graves. Nous avons vu, il y a quelques mois, dans le service d'un chirurgien fort distingué, cette méthode des injections produire un sphacèle de tout le scrotum. D'après l'aveu de ce praticien, quelques gouttes de vin s'étaient répandues dans le tissu cellulaire.

On néglige trop souvent les phénomènes consécutifs qui se montrent sur les organes abdominaux, à la suite des injections. Aussi n'est-il pas rare de voir survenir, après l'opération, des péritonites, néphrites, etc.

Ce malade, questionné avec le plus grand soin sur ses affections antécédentes, rien ne pouvait expliquer l'engorgement du testicule, et le faire regarder comme symptôme d'une blennorrhagie. Un signe pourrait faire croire à une ancienne maladie vénérienne. C'était l'engorgement de l'aîne qui, d'après l'aveu du malade, n'avait cessé de lui donner des inquiétudes. Cet homme assurait n'avoir jamais eu de maladies syphilitiques. Cet engorgement des ganglions de l'aîne, n'était que sympathique à l'irritation du testicule. On pourrait expliquer cet engorgement des ganglions de l'aîne, par l'inflammation du testicule et de ses enveloppes qui, en gagnant les vaisseaux lymphatiques, transmettrait à leur réservoir cette cause morbide. Ce seul phénomène n'est donc pas suffisant pour diagnostiquer une affection vénérienne. Les vésicatoires ont produit, dans ces deux cas, des résultats heureux. On évite par ce traitement une réaction fébrile et toute complication qui, quoique bénigne dès le principe, peut devenir très-funeste. De plus, on a obtenu par les vésicatoires une révulsion à l'extérieur, ce qui a contribué beaucoup à la diminution rapide de l'engorgement des testicules.

P. F. Thibert.

Etudes cliniques sur la kératite scrofuleuse ; par Ch. J. Carron du Villards, chirurgien du Dispensaire ophthalmique.

(Voir le premier article, dans le précédent numéro.)

Deuxième article.

Ire Observation. — *Inflammation strumeuse de la cornée à l'œil droit; perte de l'œil gauche par une maladie analogue, quelques années auparavant.*

Mademoiselle A., employée dans un atelier à vernir le bois de Spa, âgée de 26 ans environ, me fut recommandée par mon honorable ami et confrère Lacorbière. Cette jeune personne, mal réglée, fortement gravée de petite-vérole, perdit l'œil gauche il y a quelques années, à la suite d'une ophthalmie scrofuleuse. Il y a deux ans environ qu'elle était atteinte d'une kératite scrofuleuse avec nuage de la cornée, lorsqu'elle me fut recommandée par le médecin susnommé. De temps à autre, cette affection avait des mouvemens de recrudescence, alors la malade était en proie à des douleurs assez vives : l'arc sclérotico-cornéen s'engorgeait et l'obscurcissement de la cornée devenait tel que la malade voyait à peine à se conduire. Je lui conseillai à chaque recrudescence de se faire pratiquer une saignée révulsive aux pieds ; soir et matin, de faire sur le front une friction avec l'onguent napolitain à haute dose ; à l'intérieur je lui prescrivis des tablettes iodurées, et de temps en temps des pilules aloëtiques, afin de provoquer

les règles au moyen de lotions d'eau distillée de laurier-cerise, aiguisée avec une fraction de cyanure de mercure ; non-seulement je calmai les douleurs de la région antérieure de l'œil, mais encore je ramenai l'arc sclérotico-cornéen à son état normal.

A divers intervalles la maladie eut des mouvemens de hausse et de baisse, mais la continuation et l'opiniâtreté de ce traitement triomphèrent de la ténacité et de la versatilité de cette maladie, et finirent par amener une cure radicale qui, depuis 8 mois, au moins, ne s'est pas démentie.

IIe Observation. — *Kératite aiguë avec injection sanguine très-prononcée de la cornée, opacité complète. Traitement prolongé. Guérison.*

Mademoiselle B., âgée de 17 ans, demeurant au quai de Passy, se présenta au dispensaire dans le courant de l'année 1835. Cette jeune personne, à la suite d'une petite-vérole très-intense, fut atteinte, il y a 6 ans environ, d'une conjonctivite oculo-palpébrale, qui reparaissait fréquemment sous la plus légère influence excitante.

A la suite d'une fièvre scarlatineuse qui ne parcourut pas toutes ses périodes, la jeune personne fut atteinte d'une kératite strumeuse très-intense. La cornée était presque complétement opaque, mais il n'était presque pas possible de reconnaître, au travers de ses lames engorgées, l'espace pupillaire ; de nombreux vaisseaux sanguins surgissaient dans le pourtour de l'arc sclérotico-cornéen et venaient sillonner la cornée en tous sens. Je conseillai les moyens suivans : saignée révulsive aux pieds, frictions sur le front avec l'onguent napolitain et le cyanure d'or, purgatifs salins souvent répétés, tisane de houblon et sirop de Belet à l'intérieur. Sous l'influence de ce traitement, prolongé pendant plusieurs semaines, je fis passer la maladie à l'état chronique. Les vaisseaux variqueux avaient totalement disparu, il ne restait de l'état primitif que l'épanchement inter-lamellaire, que je combattis ensuite avec succès par l'application externe de l'huile de foie de morue, *oleum jecoris Azelli* placé sur la cornée avec un pinceau à miniature. Sous l'influence de tous ces moyens, la cornée reprit presque sa transparence habituelle, et je ne doute point que la continuation de ce traitement ne finisse par la rendre complétement lucide.

IIIe Observation. — *Kératite strumeuse aux deux yeux ; iritis intense et photophobie. Traitement antiphlogistique dans le principe, antiscrofuleux dans la seconde période de la maladie. — Guérison.*

Dans le courant de 1833, on me présenta le jeune Soubeiran, fils du colonel de ce nom. Ce petit garçon, âgé de 10 ans environ, était depuis plusieurs mois affecté de kératite strumeuse aux deux yeux, avec ramollissement partiel de ses membranes. Cette maladie existant depuis longtemps, l'iris n'avait pas tardé à être sympathiquement affecté, ce qui déterminait chez le petit malade une photophobie intense. Depuis longtemps on avait tenté diverses choses, et toujours inutilement. Après avoir combattu l'inflammation par des moyens appropriés, je conseillai l'usage d'un traitement antiscrofuleux, consistant en sirop de Belet, pastilles iodurées, en bains gélatineux et alcalins ; en même temps on pratiquait sur le front des frictions avec le cyanure d'or et l'onguent napolitain. Aussitôt que l'inflammation fut abattue, j'ordonnai un collyre avec la suie préparée, moyen détersif dont j'ai longuement développé la précieuse influence dans la *Gazette médicale* de 1833, et dans le *Bulletin de thérapeutique de* 1834.

La maladie disparut rapidement sans laisser d'autres traces que de légers albugos, dont de nombreuses applications d'huile de morue ne tardèrent pas à faire justice.

IVe Observation. — *Kératite aiguë avec ramollissement central. Traitement antiphlogistique dans le principe, spécifique dans la seconde période de la maladie. Guérison.*

Mademoiselle Candelle, demeurant à Paris, cour des Coches, âgée de 4 ans, me fut adressée par M. Marcel Diot, son médecin ordinaire, afin que je lui donnasse des soins pour une kératite aiguë avec ramollissement central. A la suite d'une rougeole brusquement répercutée, la jeune fille avait été atteinte d'une inflammation de la cornée avec ramollissement central, la maladie datait depuis plusieurs mois, et la petite fille se trouvait en proie à une photophobie telle qu'elle ne pouvait supporter la lumière. Je combattis l'état d'acuité de la maladie par des saignées locales très-abondantes ; puis, lorsque l'œil fut dans des conditions convenables, je soumis la malade à l'usage du sirop de Belet, du calomel en doses fractionnées ; en même temps on instillait entre les paupières quelques gouttes du collyre de suie sus-mentionné, et quelques mois de ce traitement suffirent pour amener une guérison complète.

Ve Observation. — *Brusque répercussion d'une rougeole, double kératite aiguë avec ramollissement et ulcération centrale. Inutilité du traitement antiphlogistique, révulsion intense sur le cuir chevelu. Guérison.*

M. Marcel Diot, déjà nommé, m'adressa au Dispensaire un jeune enfant de 9 ans, fils d'une blanchisseuse et demeurant rue du Vieux-Colombier, n° 27.

Ce jeune enfant, à la suite d'une rougeole brusquement répercutée, fut atteint d'une kératite aiguë, avec ramollissement et ulcération de la cornée. M. Diot avait déjà employé, contre cette maladie, diverses applications de sangsues, sans obtenir de résultat avantageux, et je ne fus pas plus heureux que lui dans l'emploi de ce moyen. Avant de recourir à un traitement modificateur de la prédominance lymphatique, il importait d'enrayer cette maladie qui pouvait avoir des consé-

quences graves. Je fis raser toute la partie supérieure du cuir chevelu, et, au moyen de frictions abondantes de pommade stibiée, je produisis une éruption vive, accompagnée de fièvre, dont les résultats furent excessivement avantageux pour le jeune malade; car, à dater de cette époque, la photophobie cessa complétement : l'ulcération se borna, et il fut alors possible de recourir à un traitement interne, dont le sirop de Belet fut la base, et au moyen duquel j'obtins une guérison radicale.

VIe Observation. — *Tumeurs et ulcérations lymphatiques autour du col. Kératite chronique, avec ulcération perforante du centre de la cornée. Cautérisation avec le nitrate d'argent; cyanure de mercure à l'intérieur. Collyre de suie. Guérison.*

Charles-Victor Coumier, marchand en nouveautés, avait le col garni de tumeurs glandulenses, de nature éminemment lymphatique et sillonnée çà et là par des ulcérations caractéristiques. — Sans causes occasionnelles et sans douleurs, il fut pris, dans le courant de septembre 1835, d'une inflammation de la cornée de l'œil gauche, qui ne tarda pas à être envahie par une ulcération perforante, qui laissait craindre une prompte évacuation de l'humeur aqueuse. Pour éviter un accident de cette nature, je cautérisai vivement, avec du nitrate d'argent fondu, la partie ulcérée. Je fus assez heureux pour arrêter le développement ultérieur de cette solution de continuité. Fort de cet important succès, j'attaquai le vice constitutionnel, en faisant prendre au malade la liqueur cyanurée du docteur Parent, à la dose d'une cuillerée à bouche soir et matin. Je continuai ce traitement pendant plusieurs mois, en lui associant un traitement topique avec le collyre de suie, et je ne tardai pas à obtenir une guérison complète, ne laissant de la maladie antérieure qu'un léger nuage sur le point cautérisé.

VIIe observation. *Kératite strumeuse avec ramollissement granulé. Inflammation de l'iris, de nature syphilitique. Traitement mixte. Amélioration notable.*

Dubail fils, droguiste, demeurant à Paris, place Gastine, se présenta au dispensaire, dans le courant de mars 1835; il était affecté de kératite aiguë, avec ramollissement partiel, granulé. De nombreuses évacuations sanguines n'arrêtèrent point cette maladie, et l'injection particulière des vaisseaux environnant la cornée, jointe à une coloration pathognomonique de l'iris, me firent soupçonner la présence du virus syphilitique, circonstance rendue tout à fait évidente par les aveux du malade.

Dès-lors, la marche à suivre se trouvait tracée, et je prescrivis un traitement mixte. Aussi, les bains, les sangsues, le sirop de Belet, les frictions d'onguent napolitain et de belladone, sur le front; les biscuits anti-syphilitiques du docteur Ollivier, formèrent la base des moyens sur lesquels je comptais pour obtenir la guérison. Sous leur usage, il se manifesta un mieux remarquable, la cornée se raffermit, et la coloration spécifique de l'iris disparut. Les choses en étaient à ce point, lorsque, comptant sur une guérison plus rapide, il la chercha dans d'autres mains. Depuis cette époque, je n'en ai pas reçu de nouvelles.

VIIIe observation. *Kératite strumeuse aiguë avec ramollissement aux deux yeux; soupçon de syphilis; dénégation opiniâtre; apparition d'exostoses; aveu complet; traitement convenable. Guérison.*

Une petite fille de 7 ans, demeurant rue Jean-Pain-Mollet, fut amenée au dispensaire dans le courant de février 1835; elle portait deux ramollissemens aigus de la cornée avec photophobie et douleurs très-intenses dans le globe de l'œil. On opposa à cet état d'acuité les sangsues, les bains et des minoratifs huileux. Ce traitement arrêta la douleur, mais il ne changea en rien la forme de la maladie; bien loin de là, l'iris se couvrait de petites membranules de nature essentiellement syphilitique. Je confiai mes craintes à la mère, et elle nia opiniâtrement de n'avoir jamais été affectée d'aucun virus; la petite fille fut soumise à l'usage du sirop de Belet et aux tablettes iodurées. La maladie resta stationnaire. Tout à coup la jeune fille fut atteinte de douleurs nocturnes très-vives dans les jambes, à la suite desquelles se présentèrent des exostoses de nature non douteuse sur la crête du tibia. La mère avoua alors que pendant la gestation de cet enfant elle avait été atteinte d'une syphilis assez grave dont elle croyait cependant avoir été guérie. Mes doutes s'étant changés en certitude, la petite fille fut soumise à un traitement anti-syphilitique complet, et l'on ne tarda pas à reconnaître sa favorable influence par la disparition entière de tous les symptômes morbides.

IXe observation. *Kératite strumeuse chronique; phlébectasie des veines ciliaires; cancer présumé du globe de l'œil; ponction de l'organe. Guérison.*

Mademoiselle de B..., âgée de 13 ans, demeurant au Marais, rue Saint-Louis, nous fut adressée par le docteur Bennati qui, ainsi que M. Dupuytren, l'avait jugée affectée de cancer melané commençant. On avait conseillé l'extirpation totale de l'œil lorsqu'elle vint réclamer mes soins. Un examen attentif de l'organe malade me fit reconnaître une phlébectasie de veines ciliaires, maladie connue aussi sous le nom de staphylôme de l'arc ciliaire.

Je pensai que la simple évacuation des humeurs de l'œil suffirait pour empêcher toute dégénérescence ultérieure; je procédai à cette opération en présence de MM. Bennati, Barbier et Morin. L'œil évacué s'affaissa, devint la proie d'une légère suppuration : des cautérisations convenables réprimèrent une cicatrisation trop rapide, et, en peu de mois, la jeune personne fut à même de porter une pièce artificielle en émail qu'il est donné à bien des personnes de ne pouvoir reconnaître.

Carron du Villards, D. M.
Chirurgien du Dispensaire ophthalmique.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

AVRIL 1836.

Mémoire sur la contagion en général et sur l'infection miasmatique en particulier. (Suite (1).)

III. *Lois de l'infection et de la désinfection miasmatique.*

Les physiciens ont donné le nom de lois à tous les phénomènes constans qui résultent ou qui découlent naturellement de la connaissance d'un principe reconnu et établi par le concours d'un grand nombre de faits ou par des démonstrations mathématiques. Certes, si cette manière de traiter une science a de grands avantages pour l'éclairer, il n'est point de question qui réclame plus fortement cette marche didactique, que la contagion, jusqu'ici enveloppée de tant de mystères, de tant d'obscurité, et par suite, de tant de controverses. Je suppose donc ma théorie admise dès à présent, par les médecins les plus éclairés; je suppose, en un mot, qu'elle est reconnue comme une vérité incontestable et démontrée, savoir : que la contagion résulte bien réellement d'un dégagement de germes pestilentiels, reproducteurs de l'affection dont est atteint et travaillé un malade, et que ces germes ou embryons moléculaires s'échappent du lieu de leur naissance, à la faveur de l'eau en vapeur qui constitue la matière de la transpiration insensible et qui les tient en dissolution. Voici les phénomènes qui doivent résulter naturellement de ce fait fondamental, et ces phénomènes, comme on va le voir, sont entièrement concordans, ou plutôt identiques avec ceux que nous révèle l'observation.

30. *Première loi.* La contagion miasmatique est d'autant plus active que le malade est enfermé dans un appartement plus étroit, dépourvu de cheminée, parce qu'alors l'espace est bientôt saturé des miasmes qu'il dégage.

Seconde loi. Elle exerce beaucoup moins sa puissance, lorsque l'appartement qu'occupe le malade est vaste, aéré, et de plus, muni d'une cheminée, surtout lorsqu'on y fait du feu, parce qu'alors la cheminée faisant l'office de ventilateur à courant d'air, la plus grande partie des miasmes délétères s'échappent avec l'air de l'appartement par le tirage de la cheminée, ce qui doit naturellement en diminuer la quantité, et cela d'une manière d'autant plus prononcée que l'on renouvellera plus souvent l'air de la chambre, en ouvrant les croisées. Les chances de la contagion sont alors beaucoup plus incertaines et aussi plus rares, parce qu'il faut, dans ce cas, de toute nécessité, que l'individu sain se trouve directement sous l'influence du miasme au moment où il se dégage du malade, ou bien lorsqu'il s'échappe par le courant qui l'entraîne. Aussi voit-on, en effet, que dans le plus grand nombre des cas de cette espèce la contagion est nulle.

Troisième loi. Dans les appartemens occupés par un grand nombre d'individus, qui habitent et surtout couchent dans le même local, où portes et croisées sont hermétiquement fermées, la présence d'un seul malade a bientôt infecté tous les autres, à cause de la saturation complète de l'espace occupé par les vapeurs miasmatiques qui s'élèvent du corps malade promiscûment avec les halitus de ceux qui sont en santé, et c'est pourquoi toutes les familles des classes pauvres de la société sont si cruellement dépeuplées par toutes les maladies contagieuses.

Quatrième loi. Les réunions nombreuses d'hommes dans des pièces communes, comme les assemblées dans les temples et dans les salles de spectacle, favorisent singulièrement la contagion, car il suffit alors qu'un seul individu récèle dans ses vêtemens des germes contagieux qui se dilatent par la chaleur et se volatilisent avec l'humidité, pour qu'un grand nombre d'individus en soient infectés, et c'est pourquoi, sans doute, les anciens hygiénistes ne manquaient pas de faire proscrire toutes sortes d'assemblées durant l'existence d'une épidémie contagieuse, et c'est pourquoi aussi, vraisemblablement, c'était les lundis et les mardis de chaque semaine qu'éclatait, à Paris, le plus grand nombre des nouveaux cas de choléra, par suite de réunions nombreuses dans la journée du dimanche, circonstance remarquable que les anti-contagionistes attribuaient mal à propos à des écarts de régime ou à des excès d'intempérance.

Cinquième loi. Toutes les maladies contagieuses, quelle que soit leur origine, naissent dans l'humidité. Le typhus des armées, des prisons, des vaisseaux, qui ne reconnaît pour cause primitive que l'entassement ou l'encombrement de plusieurs maladies sporadiques ou épidémiques graves, dans des pièces peu spacieuses et mal aérées : la peste, la fièvre jaune, et enfin le choléra de l'Inde, naissent aussi et se perpétuent dans l'humidité atmosphérique, occasionnée par de grands versemens d'eau et le débordement des fleuves inter-tropicaux.

Sixième loi. La contagion exerce principalement ses

(1) Voyez tome 1er (2e série), F, p. 1.

ravages, avec férocité, dans les rues étroites, mesquines et humides des villes populeuses, parce qu'alors les miasmes qui s'échappent par les portes et par les fenêtres participant bientôt à la nullité de la tension de la vapeur atmosphérique, subissent la même loi, c'est-à-dire s'abattent avec elle sur tous les corps qu'ils rencontrent, sans épargner les passans, et voilà comment, dans certains cas, une maladie, purement contagieuse dans le principe, peut prendre la forme épidémique, lorsqu'on laisse ainsi s'agrandir le foyer de la contagion, et voilà pourquoi aussi, des individus qui ne s'étaient nullement exposés ou qui ne s'exposent pas à la contagion, peuvent néanmoins en être atteints par le seul contact de l'air atmosphérique, circonstance si susceptible de faire révoquer en doute l'existence de la contagion.

Septième loi. Si on en excepte le typhus et la rougeole, toutes les maladies contagieuses qui désolent l'Europe nous sont venues par les provenances maritimes, et c'est ainsi qu'elles continuent à voyager dans toutes les latitudes du globe, sur des bâtimens marins, où, une fois importées, elles sont entretenues par l'humidité de la mer et celle des entreponts. (L'importation récente du choléra à New-York et dans le Canada.)

Huitième loi. Dans tous les lieux où il existe habituellement une grande humidité dans l'atmosphère, à cause des surfaces évaporables qui s'y rencontrent, tels que le littoral de la mer, celui des rivières, le voisinage des étangs et des marais, des villes où les rues sont étroites et mal percées, la contagion jouit d'une plus grande et plus meurtrière activité que dans les lieux secs bien aérés et qui se trouvent dans des conditions contraires; et c'est pourquoi presque toutes les maladies contagieuses perdent singulièrement de leur force dans l'intérieur des continens, où elles finissent enfin, au bout d'un certain temps, par s'anéantir en perdant ce caractère. Cette circonstance est surtout remarquable pour la fièvre jaune qui n'a pu encore s'établir loin des rives de la mer.

Neuvième loi. Les assainissemens modernes du savant et philanthrope M. d'Arcet, savoir : les ventilateurs à courant d'air et à cheminée d'appel, doivent diminuer et diminuent en effet singulièrement les chances de la contagion, et c'est sans doute à cette ingénieuse invention qu'on est redevable du peu d'activité qu'a exercée la contagion du choléra dans les salles des hôpitaux de Paris.

Dixième loi. Un air sec et chaud, surtout quand il se renouvelle, est peu favorable, pour ne pas dire impropre à la contagion, parce qu'alors les miasmes qui se dégagent du malade, jouissant d'une grande tension, se dissipent instantanément dans l'atmosphère, sans s'arrêter sur aucun objet, leur force de tension l'emportant sur l'affinité des corps pour leur eau de dissolution.

Onzième loi. Un froid sec est également peu propre à la communication de la contagion miasmatique, parce que, dans ce cas, les miasmes se condensant à leur naissance autour du malade, ne peuvent plus souiller que ceux qui les touchent immédiatement, et seulement lorsque ces miasmes sont à l'état de gaz naissant. Mais l'air atmosphérique a beau être sec dans la partie extérieure aux appartemens, il peut être très-chargé de vapeur dans la partie qui remplit les habitations, surtout celles qui sont chauffées et occupées par un grand nombre d'individus : et, dans ce cas, les habitations sont éminemment favorables à l'exercice de la contagion.

Douzième loi. La contagion miasmatique peut s'exercer directement ou même indirectement, c'est-à-dire médiatement ou immédiatement ; le premier cas a lieu lorsque l'individu exposé de sa personne à un foyer contagieux, contracte directement la maladie par l'absorption des miasmes qui y sont répandus. Tel est le mode le plus fréquent de la contagion ou de l'infection parmi les classes inférieures de la société. Le second cas est celui où la contagion se communique par le rapprochement ou le contact de certains corps qui sont eux-mêmes contaminés, et c'est ainsi que l'infection se communique le plus souvent aux individus des classes élevées de la société. Or, il est aussi remarquable qu'incontestable que les seuls intermédiaires susceptibles de s'emparer, de recéler et de transmettre la contagion sont tous les corps hygrométriques exclusivement, tels que les substances végétales et animales qui se mouillent ou se pénètrent d'humidité, ou se dessèchent suivant que le milieu dans lequel elles se trouvent est sec ou humide, c'est-à-dire suivant que la vapeur aqueuse atmosphérique a une tension moindre ou plus forte que ne l'est l'affinité de ces corps pour passer à l'état liquide; et c'est ainsi que la contagion est transportée à de grandes distances de son foyer, dans des étoffes, des marchandises de toute espèce, dont la composition ou la matière première est tirée du règne végétal ou animal.

Les miasmes condensés sur ces corps qui, jusque-là, n'ont pu se débarrasser de leur humidité, soit à cause des enveloppes qui les privent du contact de l'air, soit parce que ce fluide élastique est lui-même saturé de vapeurs aqueuses ; ces miasmes, dis-je, ne tardent pas à se dilater sous forme de vapeur, dès qu'ils se trouvent placés dans un appartement dont la température est plus élevée que celle qui leur était habituelle, et en cet état, ils s'accrochent, si leur tension est insuffisante pour les dissiper dans l'atmosphère, à tous les corps vivans ou objets hygrométriques qu'ils rencontrent. Telle est sans contredit la manière la plus fréquente dont ont lieu ces importations si mystérieuses, pourtant si contestées ou révoquées en doute, à des distances quelquefois considérables ; et telle est aussi la cause qui entretient les germes de la contagion des maladies exotiques, soit celles naturalisées en Europe, et qui désolent si fréquemment nos populations. En effet, des hardes contaminées par une maladie contagieuse, telle que la petite vérole ou le typhus, ayant été enfermées pendant une saison entière, sont ensuite employées de nouveau pour la saison à laquelle elles conviennent; ou

ne tarde pas alors à voir paraître des maladies graves, résultat de cette pratique, et dont on recherche la cause extraordinaire dans des circonstances qui y sont tout à fait étrangères, comme, par exemple, dans les objets qui constituent la matière de l'hygiène.

31. Si, actuellement que nous avons exposé les lois de la contagion miasmatique, telles que nous les ont révélées l'observation et les lumières de la physique, nous passons aux phénomènes de la désinfection miasmatique, nous serons encore frappés de leur concordance et de leur coïncidence avec ces mêmes lois; ainsi : 1° le plus ancien de tous les moyens de désinfection, celui inspiré au père de la médecine, dans la peste d'Athènes, et qui consistait à allumer de grands feux dans toutes les rues de cette ville populeuse, nous fournit une première lumière sur la nature humide de la contagion, que ce grand homme (dont on peut dire qu'il a presque tout deviné ce qu'il ne connaissait pas) avait pressentie.

2° Le second moyen usité successivement par suite des leçons de l'expérience et de l'observation, et qui consiste dans l'isolement et la séquestration des malades, démontre également que les Anciens avaient très-bien présumé que le principe contagieux n'existait pas seulement dans le contact des malades, ou des effets à leur usage, mais encore dans l'atmosphère qui les environne; de là ces précautions, ces mesures sanitaires si rigoureuses, usitées dès le principe de la création des lazarets; de là aussi cette sévérité des mesures préventives exercées par les cordons sanitaires. Ce code pénal si terrible qu'on y exécute et qui paraîtrait l'ouvrage de la barbarie et de la cruauté, s'il n'était le fruit d'une profonde sagesse et d'une inexorable nécessité.

3° Tous les moyens désinfectans employés progressivement pour assainir les appartemens occupés par les malades et implicitement les objets servant à leur usage, quoique l'ouvrage d'un empirisme aveugle, se confiant au hasard, ne prouvent pas moins qu'on a cru à la contagion et à l'infection miasmatique, bien qu'on n'ait pas pu en découvrir la cause. C'est ainsi qu'on a eu d'abord recours aux fumigations des plantes et substances aromatiques, dans l'espoir de détruire ainsi les atomes pestilentiels dont on croyait que le venin existait dans les odeurs fétides; que par la même raison on a fait usage du vinaigre, employé soit en lotions, soit en fumigation; puis de la combustion de la poudre à canon; enfin, qu'on a employé en fumigation le chlore et le gaz nitrique, et cela, pour ces derniers, dans la seule espérance de s'emparer par des affinités chimiques hypothétiques des élémens du principe miasmatique qui est resté jusqu'ici inconnu dans sa nature. Eh bien! cependant tous ces derniers moyens, savoir : le vinaigre ou l'acide acétique, la combustion de la poudre à canon, les fumigations de chlore et d'acide nitrique, bien analysés dans leurs actes, déposent unanimement qu'ils ont un mode d'action identique, savoir : de purger l'air atmosphérique de l'humidité hygrométrique qui peut s'y rencontrer.

En effet, le vinaigre ou l'acide acétique, lorsqu'il est très-concentré, et il faut qu'il le soit pour avoir une action désinfectante, a la plus grande affinité pour l'eau dans laquelle il semble avoir besoin de s'étendre davantage.

La vapeur de la poudre brûlée étant principalement composée de gaz sulfureux et nitrique, a également une très-grande force hygrométrique, comme le prouvent les explosions des armes à feu dans une atmosphère humide et les feux d'artifice que l'on brûle quelquefois dans les salles de spectacle (où il y a une grande réunion d'hommes) qui donnent lieu à une vapeur épaisse et longtemps permanente, circonstance qui n'a pas lieu lorsque ces actes se passent dans un air sec.

Les gaz nitrique et hydrochlorique ont une telle affinité pour l'eau hygrométrique de l'atmosphère, que lorsqu'ils sont dégagés dans un appartement saturé d'humidité vaporeuse, ils se convertissent aussitôt en une vapeur blanche très-épaisse, qui finit ensuite par ne plus avoir lieu, et cela arrive lorsqu'il n'existe plus dans l'atmosphère que la vapeur aqueuse qui jouit d'une plus grande force de tension pour résister à leur énergique affinité; tous ces phénomènes sont tellement frappans, qu'ainsi que je l'ai dit, ils m'ont mis seuls sur la voie de reconnaître la nature de la contagion.

Quant au chlore seul, ainsi que je l'ai encore observé dans mon ouvrage sur la contagion du choléra, il me paraît jouir très-peu de la propriété désinfectante qu'on lui a si mal à propos attribuée, lorsqu'on supposait que la base des miasmes était de l'hydrogène; et celle dont il jouit est certainement due à son affinité pour l'eau, qui, toutefois, est infiniment inférieure à celle des gaz nitrique et hydrochlorique; il est possible pourtant que cette propriété désinfectante soit augmentée par la circonstance qu'il commencerait d'abord à passer à l'état de gaz hydrochlorique. Dans tous les cas, il possède le *terrible* inconvénient de ne pouvoir être dégagé sans danger ou du moins sans de fâcheux accidens dans des appartemens habités.

Il en est de même des chlorures de sodium et de calcium, surtout employés à l'état sec, car ils jouissent d'une propriété déliquescente qui, seule, suffit pour faire leur force désinfectante, laquelle, comme on voit, n'est pas due à la propriété qu'a le chlore de se combiner avec l'hydrogène des miasmes, d'après la supposition gratuite qu'on a faite des élémens de leur composition; ils présentent d'ailleurs le même inconvénient que le chlore seul; les malades ne peuvent supporter leur émanation offensive qui résulte du lent dégagement du chlore à l'état gazeux.

4° L'usage ou la coutume suivie dans les lazarets, et qui consiste à exposer les marchandises à l'air libre pour les désinfecter, ce qu'on nomme sereine, parce qu'on croit que le serein de la nuit exerce une action puissante sur cette désinfection, a pour résultat unique d'opérer la dessiccation de ces marchandises, soit par la chaleur solaire, soit par le souffle des vents secs, et par conséquent d'entraîner ainsi les miasmes en les convertissant en vapeurs, qui, par leur tension na-

tive, se dissipent aussitôt dans la masse atmosphérique.

Ainsi donc, tous les désinfectans possibles, y compris les grands feux extérieurs, sans en excepter ceux de cheminée, les ventilateurs à courant d'air, agissent de la même manière, savoir : en déplaçant et en renouvelant l'air infecté des appartemens, et les autres en les purgeant de leur humidité hygrométrique qui sert de véhicule aux germes contagieux, d'où l'on voit que l'on peut ajouter à tous les moyens désinfectans déjà connus, beaucoup d'autres jusqu'ici inutiles, et que l'expérience pourra faire connaître ; il suffira de les choisir parmi les substances qui ont une grande affinité pour l'humidité hygrométrique de l'air ; tels sont : l'acide sulfurique glacial, la potasse caustique ou sous-carbonatée, l'hydrochlorate de chaux (chlorure de calcium), et enfin, la chaux vive elle-même, qui, comme on sait, jouit de la propriété de s'éteindre à l'air pour passer à l'état d'hydrate, au moyen de la vapeur hygrométrique de l'atmosphère.

Mais, ainsi que je l'ai dit dans mon *Traité du choléra*, et que je ne saurais trop le répéter dans ce mémoire spécial sur la contagion, tous les désinfectans solides et même liquides jouissent d'une action si bornée, que toute préférence, surtout dans les cas pressans, doit être accordée au gaz nitrique, qui, d'après ma propre expérience et les faits nombreux que j'ai rapportés dans mon livre, est le désinfectant le plus prompt, le plus puissant, le plus certain, en même temps le plus innocent pour la santé, que l'on connaisse jusqu'à ce jour, moyennant qu'on emploie les procédés que j'ai conseillés et sur lesquels il me paraît superflu de revenir.

32. Concluons de tout ce qui vient d'être exposé, qu'il n'est aucune vérité scientifique mieux démontrée et en même temps plus simple et plus lumineuse que celle de la théorie de la contagion qui vient d'être développée, puisqu'elle a, comme toutes les bonnes théories, l'avantage immense de rallier tous les faits et de les expliquer de la manière la plus claire, brisant ainsi à jamais le mur qui sépare les contagionistes des anti-contagionistes, et ne laissant pas même subsister l'ombre du moindre doute sur les différens actes de cet agent jusqu'ici si mystérieusement délétère.

Je me flatte donc que les compagnies savantes auxquelles je viens soumettte ce travail, ne le traiteront pas avec indifférence et qu'elles l'examineront au contraire avec toute l'attention et l'intérêt que mérite une question aussi grave et aussi importante que celle de la contagion, que je crois avoir eu le bonheur de réduire à ses véritables élémens, savoir : à la simplicité d'une idée-mère, d'un principe clair et évident, dont tous les phénomènes observés ne sont que des conséquences nécessaires et naturelles. Or, c'est bien à ce caractère, si je ne me trompe, qu'on reconnaît le cachet de la vérité qui caractérise la solidité de toutes nos grandes découvertes scientifiques qui ont servi des fondemens aux doctrines théoriques.

Au surplus, l'ennemi est encore en présence et il est si facile de faire des essais pour confirmer ou infirmer ma doctrine (ce que je n'ai cessé de réclamer dès les premiers momens), que je ne saurais concevoir la crainte que, dans un procès aussi sérieux pour l'humanité tout entière, les juges éclairés, devant lesquels je plaide une aussi grave cause, me condamnent, sans avoir préalablement expérimenté mes moyens d'une manière authentique et officielle avec l'intervention du gouvernement, dont j'ai déjà en vain provoqué moi-même la sollicitude, en lui envoyant mon ouvrage sur la *Contagion du choléra*, dès le 7 juillet, aussitôt qu'il a été imprimé, et qui a répondu à ma demande en me renvoyant implicitement devant l'Académie royale de médecine, considérée par lui comme seul juge compétent de la matière. (*Voir* le post-scriptum de cet ouvrage.)

Il ne me reste plus maintenant qu'à dire deux mots sur la marche extensive du choléra, et prouver, de nouveau, par les phénomènes concomitans, de cette marche, qu'il appartient bien vraiment à la famille des maladies contagieuses miasmatiques en général.

IV. — *Progression du choléra dans les pays qu'il a ravagés.*

Je ne redirai point ici tout ce que j'ai écrit, d'après le rapport des observations sur la progression du choléra, au milieu des populations qu'il a ravagées ou qu'il ravage, je me contenterai de le saisir à son débarquement à Sunderland, ensuite à son importation à Paris, pour démontrer que toujours il a ravagé et s'est étendu de son berceau ou de son foyer primitif sur les *ailes* de l'humidité atmosphérique, secondant l'humidité native vaporeuse de ses germes reproducteurs (1).

Progression du choléra dans les Iles Britanniques.

On sait que la première ville d'Angleterre, qui a été envahie par le choléra, a été Sunderland, port de mer ayant, par sa situation géographique, les plus grandes et les plus actives relations commerciales avec les villes du littoral de la Baltique, Cronstadt, Hambourg, etc., en ce temps-là ravagées par le fléau indien ; qu'il résulte même des documens recueillis par le professeur Delpech, que les boute-feux de l'incendie furent des lits de plumes achetés à vil prix à Cronstadt ou à Hambourg, par des matelots anglais, et cela *assurément parce qu'ils avaient servi à des cholériques*, ce qui, dans la traversée, avait donné la mort à plusieurs d'entre eux.

Or, veut-on avoir maintenant un itinéraire exact de cette cruelle maladie, dans les trois royaumes unis, on n'a qu'à prendre une carte géographique de ces pays,

(1) La Provence vient en ce moment de nous en donner un fâcheux exemple. Le printemps n'y avait point été aussi humide que cette année depuis bien longtemps, ni l'été si orageux.

plus, les bulletins officiels rapportés dans les journaux, au sujet de l'extension du mal, et on sera frappé de la voir s'étendre successivement d'abord par le fleuve la Tyne et ses affluens dans toutes les villes et villages de l'Écosse qu'il traverse, parvenir ainsi jusqu'à la Tamise, d'où on le voit ensuite remonter (de même que pour la Tyne) le long de tous les affluens de ce dernier fleuve, pour être enfin transportée, toujours à la faveur des rivières navigables et des canaux de communication, dans tous les comtés et jusques en Irlande, en n'épargnant qu'un petit nombre de contrées situées dans des lieux escarpés et éloignés de tous les cours d'eau, lesquelles encore n'ont été épargnées que parce que leurs habitans ont cru à la contagion et s'en sont par conséquent garantis par la cessation de leurs relations avec les pays infectés. Toutefois, il est très-peu de villes industrieuses et commerçantes qui n'aient été en proie à la fureur du fléau. Cet itinéraire du choléra n'est-il pas une preuve incontestable que sa progression n'a pu avoir lieu autrement que par la contagion miasmatique, laquelle a été partout favorisée par l'humidité vaporeuse dont sont constamment imprégnées les couches d'air atmosphérique qui sont en contact avec des surfaces évaporables.

Mais ce qui est bien plus frappant et qui nous intéresse davantage, c'est la manière dont cette maladie a rayonné de Paris dans les lieux environnans jusqu'à de certaines distances, où elle s'est ensuite arrêtée tout court, à la grande surprise des non-contagionistes, dont le système sur la nature épidémique du choléra a dû éprouver un violent ébranlement par le fait de cette circonstance; car, en effet, comment expliquer cette progression de la maladie d'un côté et son arrêt de l'autre, si le mal était engendré par une cause épidémique, soit tellurique, soit atmosphérique? Il a fallu supposer, comme ils l'ont fait effectivement, une foule de bizarreries, soit du côté de l'agent morbigène, soit du côté des pays envahis ou épargnés, toutes plus arbitraires et plus invraisemblables les unes que les autres.

La contagion, toute seule, explique bien mieux et d'une manière aussi simple que naturelle, ces événemens qui n'ont rien d'extraordinaire pour l'observateur contagioniste.

En effet, admettons, ainsi que je l'ai dit, que le germe du choléra ait été importé de Londres dans les effets mobiliers, hardes ou marchandises, *de cette foule d'ouvriers fuyards* qui ont quitté Londres lorsque la maladie s'y est déclarée, ce qui a eu lieu à la fin de février et au commencement de mars, le mal a d'abord dû éclater dans les habitations occupées par ces ouvriers, soit par un, soit par plusieurs cas à la fois, ce qui est indifférent; et comme on ne prenait aucune précaution pour se mettre à l'abri de la contagion, la maladie a eu d'autant plus de facilité à se multiplier et à s'étendre, que cette classe d'hommes habitent et couchent habituellement, en plus ou moins grand nombre, dans des pièces étroites ou mal aérées et sans cesse saturées d'humidité, provenant de leur halitus, d'où il suit que toutes ces habitations n'ont pas tardé à être autant de foyers ou de greniers à contagion, surtout dans les rues étroites et humides et dans les quartiers populeux, où le peuple est entassé dans des maisons peu spacieuses, depuis le rez-de-chaussée jusqu'au comble du toit, et ces foyers contagieux primitifs, une fois établis, ont dû nécessairement prendre bientôt une extension rapide dans les quartiers où ils existaient, et il ne serait donc point étonnant que les miasmes contagieux s'échappant alors par les portes et les croisées, se soient ensuite, au fort de l'épidémie, *répandus sur les passans qui peuvent avoir été infectés sans avoir eu aucune communication avec les malades.* Qu'on ajoute à cela l'usage multiplié des voitures publiques, l'habitude des réunions et des assemblées, et par dessus tout, je ne crains pas de le dire, les visites fréquentes et réitérées des médecins qui, sortant d'un point infecté, transportaient la contagion dans des lieux qui en étaient encore exempts. On aura ainsi la clef de ce rayonnement rapide qu'a pris la contagion dans le sein des classes pauvres et laborieuses, et successivement de son importation, dans les classes plus élevées, ce qui a été l'ouvrage de la multiplication des contacts et non pas d'un prétendu agent épidémique spécifique que rien ne justifie et que la saine raison désavoue.

34. Si, après cela, nous prenons la maladie à Paris, et que nous suivions ses progrès dans les environs, nous y trouverons également partout le cachet de l'importation. Quand une grande cité, telle que Paris, est en proie à une maladie contagieuse miasmatique, il est bien difficile de ne pas rencontrer à chaque pas les germes d'une infection aussi subtile; elle existe alors presque partout, dans les lieux publics, les temples, les salles de spectacle, les cafés, sous les portiques des palais, dans les voitures publiques et jusque dans les rues; les grands hôtels à porte cochère, les communautés religieuses, les pensionnats, les casernes et les hôpitaux pourraient seuls s'en garantir par une exacte séquestration, ce qui a eu lieu en effet pour certains de ces édifices, dont les entrées ont été tenues exactement fermées et ne communiquaient au dehors qu'avec des précautions rigoureuses; mais la partie mobile de la population, la masse des citoyens, en un mot, sans cesse en mouvement pour ses besoins, ses affaires ou ses plaisirs, etc., se trouvant partout enveloppée dans les filets de la contagion, il en résultait que la plupart des individus qui quittaient Paris, à cette époque, se trouvaient déjà souillés par elle, soit pour en avoir absorbé les miasmes, soit parce que leurs vêtemens hygrométriques pouvaient en être imprégnés.

Cependant, ainsi que je l'ai démontré plus haut, les miasmes contagieux condensés, ne produisent pas toujours les effets funestes qu'on doit en redouter, et leur maléfice ou leur innocuité dépendent des circonstances accidentelles particulières à ceux qui en sont les moyens de transport. Ainsi, l'individu infecté voyage-t-il à l'air libre dans une atmosphère battue par les vents et jouissant d'une grande force desséchante, pour ne pas dire dissolvante? Le miasme est aussitôt détruit et l'indi-

vidu est décontaminé ou désinfecté ; il ne saurait, alors communiquer la contagion. Un voyageur partant d'un lieu infecté avec des habits ou des effets imprégnés de miasmes, est-il calfeutré dans une voiture, ses effets sont-ils soigneusement enfermés dans une enveloppe qui les prive du contact de l'air ; voyage-t-il au milieu d'une atmosphère chargée d'humidité ; donne-t-il la préférence aux voitures par eau, ou seulement longe-t-il les rives d'un cours d'eau? Alors toutes les conditions favorables à la contagion se trouvent réunies ; il est bien difficile qu'il n'emporte pas avec lui, d'une manière ou d'une autre, les germes de la contagion, dont il sera peut-être la première victime en route, ou à son arrivée, ou bien dont il peut rendre victimes les autres, sans en rien éprouver lui-même.

35. Quoique ces considérations ne soient qu'une répétition, ou plutôt qu'un commentaire des lois de la contagion, il m'a paru utile de les développer ici pour éclairer ce que nous allons dire sur la marche qu'a suivie le choléra dans son rayonnement autour de Paris. Qu'on prenne donc ici, de même que j'ai conseillé de le faire pour l'épidémie cholérique des Iles Britanniques, savoir : la carte de France et le *Bulletin officiel du Moniteur*, soit de la *Gazette médicale*, et l'on recueillera de ce rapprochement, non-seulement la preuve que le choléra s'est étendu à la faveur de l'humidité atmosphérique sur trente-huit départemens consécutifs, mais encore que ce fléau nous a révélé une circonstance remarquable et peut-être même inaperçue jusqu'ici, sur la structure physique de la France, savoir : que ce beau pays, qui a été divisé par les géographes en quatre grands bassins, d'après les quatre grands fleuves qui l'arrosent et les affluens qu'ils reçoivent, présente dans la structure de sa surface une division primordiale qui sépare la France en deux grands bassins, savoir : un Nord-Ouest et un autre Sud-Est, dont l'arête séparative correspondrait à un arc de cercle dont l'extrémité Nord-Est commencerait aux sources de la Saône ; le centre ou le milieu, à peu près, serait le département du Puy-de-Dôme, et l'autre extrémité, au Sud-Ouest, correspondrait à l'île de Rhé, avec quelques sinuosités qu'il serait facile de tracer en prenant le versant des eaux qui coulent des deux côtés opposés ; or, telle est en effet la marche qu'a tenue le choléra dans son envahissement de la France, et il est visible que les trente-huit départemens qui ont été et qui sont encore en proie à la fureur du fléau, sont tous ceux situés en dedans de l'arc de cercle dont nous venons de parler. Pourquoi le fléau a-t-il suivi une marche aussi singulière? Voici, sans doute, la manière la plus raisonnable de l'expliquer.

Le choléra étant à Paris, a fait comme à Sunderland, comme il a fait sur le Volga et sur toutes les rivières dont il a longé les rives. Après avoir infecté les environs de Paris et les petites villes les plus rapprochées, qui ont les relations les plus actives avec cette capitale, le mal s'est étendu rapidement sur les deux rives de la Seine, en remontant d'abord le cours de ce fleuve, puis il n'a pas tardé à s'étendre progressivement le long de tous ses affluens, en commençant par la *Marne*, puis l'Yonne, et l'autre en amont de Paris et en aval de cette ville ; il s'est étendu plus tard le long de l'Oise et de l'Eure, de sorte que tous les pays qui sont autant de bassins de ces petits affluens, ont été presque généralement infectés. Le bassin de la Seine étant ainsi conquis, le mal s'est étendu dans le bassin de la Loire par le canal de Briare, qui, comme on sait, communique avec la Seine et celui d'Orléans, dont la ville a été une des premières atteinte. Une fois sur les rives de la Loire, la contagion s'est aussi étendue rapidement par les navigations de ce fleuve à tous ses affluens, savoir : l'Allier, le Cher, l'Indre, la Vienne, le Loir, La Sarthe, la Mayenne et le Maine, dont tous les pays qu'ils arrosent ont également été et sont encore ravagés par l'épidémie.

Quant aux départemens du Nord, il n'est pas moins remarquable que la maladie s'y est propagée par le canal de l'Ourque, qui, comme on sait, établit une communication entre la Seine, l'Aisne et la Somme, dont les affluens n'ont pas manqué non plus de disséminer le mal dans tous les bassins qui leur correspondent. Voilà bien, d'après cette observation, dont personne ne peut contester l'exactitude, comment, à la fin d'août, il n'y avait encore que trente-huit départemens d'envahis en France : je ne parle point des cas particuliers qui ont éclaté à Bordeaux, attendu que cette ville étant un port de mer, où le commerce est extrêmement actif et étendu, le fléau lui a été, sans doute, apporté par des provenances maritimes, contre lequel on ne s'est prémuni là, comme ailleurs, par aucune mesure sanitaire préventive.

Qu'est-il besoin, d'après un pareil spectacle, qui n'est au reste qu'un renouvellement de tout ce que les observateurs ont écrit sur la progression de cette maladie le long des cours d'eau, par préférence à tout autre lieu, qu'est-il besoin, dis-je, de chercher ailleurs des explications chimériques et illusoires? Lorsque cette circonstance de l'extension du mal vient en quelque sorte justifier toutes les autres, 1° en démontrant le caractère incontestablement contagieux de la maladie, et 2° en prouvant de la manière la plus frappante que la contagion elle-même a besoin pour s'exercer d'une manière plus ou moins active, du concours de l'humidité hygrométrique de l'atmosphère.

Assurément, je n'aurai pas été le premier à constater cette intéressante observation de la marche remarquable du choléra en France. Eh bien! tant mieux pour la vérité ; je n'aspire point à la prétention de la connaître exclusivement ; puisse-t elle être si resplendissante que sa lumière frappe tous les regards! puisse sa voix être assez sonore pour que personne ne méconnaisse plus ses accens, et qu'enfin, tous les médecins confondus dans la même opinion et la même doctrine, réunissent leurs efforts philanthropiques, pour détruire, sur la terre, un fléau qui n'est fort que de notre faiblesse, qui se joue de notre entêtement, et qu'il est, selon moi, si facile de vaincre et même d'anéantir partout où il existe, jusqu'à son berceau dans l'Inde! Poursuivons.

36. Les trente-huit départemens, c'est-à-dire la moitié Nord-Ouest de la France étant ainsi envahie et conquise par le fléau, on s'attendait à chaque instant à le voir se déborder avec la même facilité sur l'autre moitié Sud-Est, et cela avec d'autant plus de raison (1), que, sur la foi des notabilités médicales qui assuraient que la maladie était exempte de contagion, et qu'elle n'avait d'autre mode d'extension que celui propre à toutes les maladies épidémiques (laquelle ne peut être atténuée que par des précautions locales d'assainissement, etc.), l'autorité ne prenait aucune mesure préventive pour s'opposer à la marche de la maladie, qui, ainsi, avait toute liberté de se répandre sur la généralité des populations. Qu'on se rappelle ou qu'on relise à cet égard tous les commentaires et toutes les prévisions des non-contagionistes, consignés dans des brochures, les journaux de médecine, et entre autres, dans la *Gazette médicale*, et on y verra qu'avec les ressources de l'esprit, il n'est point de mauvaises causes qui ne puissent être défendues avec des avantages spécieux.

Ainsi, ils prétendaient que la cause épidémique ne jouissait que d'une puissance progressive ; qu'elle commençait d'abord par ébranler la santé ; que cet ébranlement se manifestait bientôt par l'apparition de coliques, de la diarrhée, désignée sous le nom de cholérine, et que les corps, ainsi préparés et à moitié vaincus, devenaient ensuite une proie facile au fléau. Combien n'ai-je pas vu de malheureux transis de frayeur à la sensation de la plus légère colique, à la survenance du moindre vomissement et d'une diarrhée plus ou moins abondante, occasionnés le plus souvent par des indigestions ou des écarts de régime !

37. Les médecins de départemens encore vierges d'infection, se dirigeant sur les erremens de ceux de la capitale, ne contribuaient eux-mêmes pas peu à accréditer cette opinion d'une prochaine invasion du choléra, par leur correspondance avec les corporations savantes ou avec les journalistes ; car on y voit qu'ils annonçaient de la meilleure foi du monde, que l'apparition de la cholérine, et d'autres dérangemens des voies digestives, dans les contrées où ils exerçaient leur art, étaient pour eux des avertissemens que ces contrées allaient bientôt être envahies, ou même étaient déjà entamées par le choléra (ce que l'événement n'a que rarement justifié). Dans mon département, cette préoccupation était telle que nous avons vu des empoisonnemens par l'arsenic être qualifiés gravement de choléra dans des procès-verbaux de médecins instruits d'ailleurs, et l'illusion ne cesser pour eux, que lorsque, par l'ouverture du corps exhumé par l'ordre de l'autorité, sur ma demande en ma qualité de président du comité central de salubrité, on eut retiré de l'estomac et des intestins une quantité énorme de poison, bien et dûment constaté dans sa nature.

J'ai assisté moi-même à l'ouverture du corps d'une jeune personne de vingt ans, qu'on accusait aussi d'avoir succombé au choléra, et que je jugeai, d'après l'exposition des symptômes, être morte d'une perforation subite de l'estomac dans les efforts de vomissement, ce que l'autopsie confirma, de même que cela eut lieu pour l'empoisonnement cité plus haut, que j'avais également caractérisé tel que l'ouverture l'a constaté.

38. On a vu des choléras sporadiques, fruits de l'excessive chaleur, et des fièvres intermittentes algides, répandre aussi l'épouvante, non-seulement dans le public, mais encore parmi les médecins dominés par la prévention. Quant à moi, ferme contagioniste, lorsque je me trouvais en présence de pareils faits, mon premier soin, même avant d'aborder les malades, était toujours de m'informer des circonstances qui avaient précédé l'invasion de la maladie, des endroits et des personnes que pouvaient avoir fréquenté les malades, des objets qui pouvaient leur être arrivés des lieux infectés, etc., et cette enquête, jointe à l'état de sécheresse de l'atmosphère et à l'observation des symptômes, suffisait toujours pour me convaincre que le fléau n'exerçait aucun empire sur nous et qu'il ne pourrait en exercer qu'autant que les circonstances favorables à la contagion lui fourniraient les conditions nécessaires à son importation, ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture de mon livre, écrit au commencement et dans le fort de l'épidémie de Paris.

39. Tous paraissaient surtout redouter l'influence de la chaleur pour activer et propager le mal, tandis que je voyais moi-même dans cette chaleur sèche, des motifs de sécurité pour les pays non envahis, attendu qu'elle est bien réellement, de tous les désinfectans, le meilleur, ainsi que je l'ai dit dans mon livre et que je viens de le répéter dans ce mémoire.

40. Je ne parlerai point ici de toutes les autres rêveries avec lesquelles on a voulu expliquer la marche et les allures du choléra, telles que la nature des terrains (M. Boubé), propres ou impropres à donner naissance à cette affection, les épizooties des poules et des poissons, etc. J'en ai fait une suffisante justice dans mon livre, et le public éclairé certes n'a pas manqué d'en faire autant.

Qu'est-il arrivé en effet dans la marche du choléra en France ? C'est que cette chaleur si redoutée a été précisément la cause la plus puissante d'assainissement ou plutôt de désinfection ; c'est que le fléau a trouvé dans sa présence un obstacle insurmontable à son extension ; c'est qu'elle a en un mot, coupé les ailes à la contagion hors de l'enceinte des appartemens des malades ; et c'est ainsi que la nature a victorieusement fait ce que je conseillais de faire, au moyen des fumigations nitriques ; qu'elle a elle-même désinfecté les hommes et les choses qui partaient des pays infectés, ce qui rendait l'exportation du mal tout à fait impossible.

41. Il en est résulté, et cette considération est décisive, que la contagion, après être parvenue, à la faveur de l'humidité entretenue par les cours d'eau qu'elle avait suivis en les remontant jusqu'à leurs sources, n'ayant plus

(1) Pour les contagionistes et les non-contagionistes indifféremment.

rencontré l'élément nécessaire à son transport au delà de ces sources, s'est arrêté tout court, sans pouvoir franchir l'arête dont j'ai parlé, et arriver dans le versant du bassin sud-est. Cela est aussi évident que la lumière.

42. On ne manquera pas sans doute d'opposer à l'évidence de ce raisonnement, la recrudescence de la maladie qui a eu lieu, précisément au plus fort de la chaleur estivale, invoquée ici comme le plus puissant ennemi de la contagion. Eh bien! cette objection, au premier coup d'œil si spécieuse, devient au contraire un argument péremptoire en faveur de mon opinion, tant est au-dessus de toute attaque la force de la vérité! En effet, étourdi moi-même un moment par cet événement, qui mettait en péril ma théorie que je croyais cependant bien solide, je m'empressai d'en rechercher la cause rationnelle, et il me vint bientôt dans la pensée que la recrudescence dont il s'agit et qu'on s'efforçait d'expliquer par le surcroît des chaleurs, pourrait bien être le résultat des moyens réfrigérans habituellement employés à Paris, durant la saison de l'été, et qui consistent dans un fréquent arrosage des rues et des places publiques. J'avais d'ailleurs consigné dans mon ouvrage, comme un des moyens d'atténuer le fléau, la prohibition de l'arrosement des villes durant les grandes chaleurs.

Je pris donc aussitôt des informations, j'écrivis et j'interrogeai toutes les personnes de ma connaissance qui arrivaient de Paris, et il résulta de toutes mes informations, que, non-seulement la police (que l'on n'avait pas pu éclairer sur un point de doctrine encore inconnu), ne se doutant pas du mal que pouvait causer la pratique des arrosemens usitée habituellement, et croyant au contraire devoir redoubler de zèle, à l'occasion du fléau, non-seulement faisait inonder, par ses entrepreneurs, les rues, les boulevards et les places publiques, mais encore obligeait tous les habitans à en faire autant devant leurs maisons respectives.

C'est ainsi qu'en remplissant sans cesse, par cette opération irréfléchie, la ville de vapeurs aqueuses, on avivait la contagion, au lieu de la ralentir comme on l'espérait. Voilà incontestablement la cause principale de cette recrudescence qui a tant fait faire de conjectures aux observateurs les plus éclairés, pour pouvoir l'expliquer. Si on n'eût pas oublié les sages leçons du vieillard de Cos, mises en pratique durant la peste d'Athènes, si surtout on eût cru à la contagion et surtout connu sa nature, on eût au moins défendu l'emploi d'un pareil moyen, tout en s'abstenant d'ajouter à la chaleur désinfectante du soleil, celle superflue des feux artificiels allumés dans les rues, et le choléra n'aurait point reverdi, et, en outre, ses ravages eussent été beaucoup moindres dans le fort de l'épidémie, et enfin sa contagion, moins multipliée, n'aurait pas pu prendre une extension aussi rapide dans tout le bassin nord-ouest de la France. On peut ajouter à cette cause principale de la recrudescence du choléra de Paris, comme agent secondaire, mais cependant propre à lui donner un surcroît d'activité, l'émeute du 5 au 7 juin, qui n'a pas manqué de disséminer la contagion en multipliant les points de contact dans une ville remplie de vapeurs humides.

43. Il ne me reste plus maintenant qu'à dire encore deux mots sur l'irruption qu'a faite le choléra dans le bassin du Rhône. Déjà depuis longtemps, on s'attendait journellement à Lyon, à l'invasion du fléau; son existence dans le bassin de l'Allier et dans le département de la Haute-Saône, devait en effet faire redouter à cette ville industrieuse la visite de ce féroce étranger. Néanmoins ces craintes ne se sont pas réalisées, et à l'exception de quelques cas isolés et douteux, au nombre de trois ou quatre, que l'on croit y avoir observés durant les plus fortes chaleurs, la maladie n'y a pas pris racine. Comment donc cette ville populeuse a-t-elle échappé jusqu'ici à l'infection, lorsque des foyers étaient si près d'elle, à Moulins, dans l'Allier, à Gray et dans d'autres villages de la Haute-Saône? Deux circonstances l'auront sans doute garantie. La première, c'est la chaleur sèche de l'atmosphère; la seconde, c'est la cessation de la navigation de la Saône, par suite de cette sécheresse qui avait privé cette rivière de la plus grande partie de ses eaux. Voilà donc un fait qui se trouve encore bien concordant avec la théorie établie. Le choléra n'a pu arriver à Lyon par défaut d'humidité vaporeuse.

44. Cependant, événement non moins remarquable et tout aussi concluant pour la vérité de la théorie! dans les premiers jours de septembre, le mal éclata, comme on dit, à Serrières, village, sur la rive droite du Rhône, dans une presqu'île de ce fleuve, lieu bas et marécageux, à six ou sept lieues en aval de Lyon. Comment le choléra a-t-il surgi sur cette plage humide? Est-ce le prétendu agent épidémique qui est sorti de dessous les ondes du fleuve, ou s'est-il abattu dans cet endroit comme un oiseau de proie? Non, non assurément, et, ainsi que je l'ai dit à satiété dans mon ouvrage, *cet étranger* ne jouit pas de la faculté de s'engendrer spontanément par les seules ressources locales de nos climats. Ici comme partout ailleurs, il est venu par semence, il a été importé par la Haute-Saône, et il résulte de tous les documens que j'ai recueillis, que cette importation est due à un batelier venant des lieux infectés, et qui, aussitôt son arrivée à Lyon, avait pris un engagement sur le bateau à vapeur qui transporte les voyageurs de cette ville à Avignon, et sur lequel il était parti immédiatement, sans séjourner dans cette première ville. Il m'a été rapporté que, le bateau parvenu en amont de Serrières, la maladie s'était déclarée chez lui, et qu'on l'avait aussitôt débarqué pour lui donner des secours; qu'il était mort, et que bientôt la maison dans laquelle il avait été transporté, et les maisons du voisinage, avaient présenté plusieurs cas de choléra si intenses, qu'il en était mort quinze sur dix-sept; que la maladie s'était étendue successivement au Sablon, village sur la rive gauche du Rhône, au moyen de son importation par un homme venant de Serrières; qu'un autre individu, également fuyard de ce village, s'était embarqué sur la diligence de Lyon à Marseille, mais qu'on avait été obligé de le débarquer à Vienne, où il était mort en peu d'heures dans l'hôpital de cette ville.

Tels sont les documens qui me sont parvenus sur cette irruption, mais comme ils ne sont pas officiels, je ne

saurais les garantir, n'étant pas allé sur les lieux. Mais ce que j'ose affirmer, parce que j'en ai la certitude, c'est que mon ouvrage sur la contagion du choléra, ayant été répandu au nombre de dix ou douze exemplaires (par des personnes qui étaient venues aux eaux d'Uriage, qui en avaient fait l'acquisition) sur la rive droite du Rhône, à Condrieux, Chavanet, Saint-Chamans, Saint-Étienne, etc., les habitans, pénétrés de la conviction que la maladie était contagieuse, ont aussitôt cessé toute communication avec Serrières et le Sablon, en repoussant même les individus de ces endroits, et c'est ainsi qu'ils ont échappé à l'invasion du fléau. M. Léonce, notaire respectable de Chavanet, qui possédait mon ouvrage, et qui s'est empressé d'en répandre la connaissance chez tous les maires des communes voisines, m'a fait écrire et dire qu'il ne doutait pas que c'est à cette connaissance, et à la foi qu'on a eue en mes paroles, qu'ils sont redevables de n'avoir pas été entamés par le fléau. La même conduite a été tenue par les communes circonvoisines, vis-à-vis de Pouzzins et Annonay, où le mal avait été importé par le même bateau à vapeur.

On m'a aussi écrit de Saint-Étienne, que la commission des médecins nommée dans cette ville pour se transporter sur les lieux où avait éclaté le choléra, et qui étaient bien imbus de ma doctrine, en avaient reconnu la véracité, c'est-à-dire avaient constaté que la maladie était bien réellement contagieuse, et que partout où elle s'était manifestée sur la rive droite du Rhône, elle avait été constamment importée; qu'elle avait même fait un rapport en conséquence, mais qu'on n'avait pas jugé à propos de lui donner de la publicité. Beaucoup de familles se sont même munies de nitrate de potasse et d'acide sulfurique pour pratiquer les fumigations désinfectantes que j'ai recommandées, mais on n'en a pas eu besoin jusqu'ici. Je suis pourtant informé que, comme il existe encore quelques cas à Serrières, le maire a dû se procurer mon ouvrage pour se conformer exactement à mes instructions.

45. La ville d'Arles n'a pas été aussi heureuse, et dans l'ignorance où elle s'est trouvée des moyens avec lesquels elle pouvait se mettre à l'abri de l'irruption et de l'extension du fléau, elle en a subi et en subit encore toutes les rigueurs, comme cela a eu lieu pour toutes les autres localités de la France où la contagion n'a pu être accréditée.

Maintenant la maladie s'arrêtera-t-elle là ? Je répond oui, si on suit mes instructions, et non, si on s'obstine à ne voir dans ce fléau qu'une cause épidémique insurmontable, et que, par conséquent, on néglige les moyens uniques d'anéantir sa puissance de transmissibilité, soit par l'isolement et la séquestration, soit par la désinfection nitrique ou hydrochlorique. C'est donc aux deux corps académiques auxquels je soumets ma doctrine à éclairer le gouvernement sur un objet aussi important de salubrité publique, en conseillant seulement l'emploi de ma méthode partout où il existe encore des traces du fléau, et si on juge que ma présence puisse être nécessaire, je renouvelle ici les offres de service que j'ai faites il y a près de cinq mois à S. E. le ministre du commerce et des travaux publics, et qui consistent à me transporter de ma personne dans toutes les localités où le choléras exercera le plus de ravages.

46. Rien, ce me semble, ne peut mettre obstacle à la concession d'une grace aussi simple que celle que je réclame de l'Académie Royale de Médecine. Elle ne saurait en rien compromettre sa responsabilité, ni porter même atteinte à sa dignité. Car de deux choses l'une, ou ma découverte et les conséquences que j'en ai tirées sont des illusions de mon esprit, et dans ce cas il n'y a aucun danger, même aucun embarras d'en conseiller l'essai aux populations (en ne prononçant pas même le nom de cantagion, puisqu'on y attache autant d'influence funeste sur le moral des hommes, ce qui, selon moi, n'est qu'une crainte chimérique), en publiant dans l'instruction que les moyens de désinfection conseillés, le sont à titre de traitement curatif. Or, si ces essais et ces expériences faites avec soin par des médecins consciencieux, ne répondent pas à mon attente, on sera alors fondé à ne considérer ma méthode que comme le fruit d'une erreur de mon esprit, destiné à être reléguée au rang de toutes les autres qui ont été préconisées sur cette matière, et dont les résultats n'ont pas justifié l'annonce.

Si au contraire ma théorie est vraie, si les conséquences que j'en ai déduites pour le choléra sont justes, si en un mot j'ai eu le bonheur de faire une découverte capitale pour vaincre un ennemi contre les fureurs duquel ont échoué toutes les notabilités médicales de l'univers, on ne saurait trop tôt et d'une manière trop universelle, en répandre la connaissance dans les pays ravagés ou menacés de l'être, et dans toutes les nations que le fléau décime ou menace de décimer. Ce sera même pour ces dernières une preuve de plus que la nation française marche vraiment à la tête de la civilisation du monde, puisque ce sera à elle qu'on sera redevable de la victoire la plus signalée qu'aura jamais remportée l'espèce humaine contre ses plus redoutables ennemis, les maladies contagieuses miasmatiques. Car, ainsi que je l'ai dit, ce n'est pas seulement contre le choléra que ma découverte prévaudra, mais encore je prétends qu'avec les mêmes armes, on peut détruire toutes les maladies contagieuses, même celles qui sont naturalisées en Europe, comme la petite-vérole, la rougeole, la scarlatine, etc. Il suffira pour cela de placer des appareils de désinfection auprès des malades, aussitôt que ces maladies éclateront sur un point, et moyennant qu'on suive bien mes instructions, je suis bien convaincu que le mal sera intransmissible.

Je ne pense pas surtout que l'Académie Royale de Médecine se croie obligée par sa déclaration négative de la contagion du choléra. Dans le moment de presse et de terreur universelle, sous l'empire duquel elle s'est trouvée placée, elle a pu, elle a dû rassurer les esprits, en proclamant la non-contagion, nonobstant les doutes ou les opinions contraires de la plupart de ses membres, sauf à révoquer plus tard son arrêt, lorsque l'expérience et l'observation, et surtout le retour du calme des esprits, lui auraient permis d'éclaircir la

question de manière à prononcer avec connaissance de cause.

D'ailleurs on sait bien que ce ne sont pas les corporations savantes qui font des découvertes scientifiques spéciales, ce sont toujours des individus isolés : elles ne peuvent être en effet que l'œuvre du génie privé. Elles ne font elles-mêmes que les juger, les sanctionner ou les désapprouver, après en avoir discuté tous les élémens et expérimenté les faits, ou vérifié les principes sur lesquels elles sont appuyées. Telles sont les fonctions de l'Académie de médecine ; elle ne saurait être liée par ses précédens ; ses décisions ne sont pas théologiques, mais purement scientifiques ; elle n'a jamais prétendu les donner comme des articles de foi et renoncer ainsi à reconnaître la vérité lorsque, plus tard, elle lui apparaît avec évidence, bien qu'elle ait prématurément fait profession d'une opinion contraire.

Ainsi, comme on voit, ce n'est point une faveur que je sollicite, une infraction aux réglemens de cette compagnie, mais au contraire un acte de justice tout à fait compatible avec les convenances et ses statuts.

Résumé et conclusion.

Il suit de tout ce qui vient d'être dit, 1° que c'est une erreur bien calamiteuse pour l'humanité que celle qui résulte de la confusion des maladies de nature épidémique avec celles de nature contagieuse; que les premières procédant d'une cause inhérente à la constitution atmosphérique, diffèrent des secondes par leur invasion générale et presque simultanée des populations, dès que l'agent épidémique les frappe de son influence morbigène, tandis que les secondes, toujours le fruit d'une importation, naissent, se propagent et se multiplient par le moyen de l'infection miasmatique dont les malades sont eux-mêmes les premiers, les seuls, les uniques foyers d'infection ;

2° Que l'infection miasmatique est par conséquent l'agent exclusif par lequel se transmettent et se reproduisent toutes les maladies fébriles de nature contagieuse, qui sont en possession depuis longtemps de ravager l'espèce humaine ;

3° Que ces maladies, la plupart étrangères à nos climats, n'y ont été importées et ne s'y perpétuent qu'à l'aide de l'infection miasmatique ;

4° Que ce mode d'infection est commun et aux maladies fébriles exanthématiques, et à celles qui sont privées d'exanthèmes ;

5° Que les miasmes infectionnaires, reproducteurs de la maladie qui les engendre, sont les résultats d'atomes ou d'embryons spécifiques dissous dans l'humidité vaporeuse, le halitus des corps malades ;

6° Qu'ils tiennent leur puissance de l'union intime de la semence avec la vapeur qui en est le véhicule ;

7° Qu'il faut que la vapeur miasmatique, pour produire son effet délétère, soit privée de la tension nécessaire pour se dissiper dans l'espace, et flotter par conséquent dans l'atmosphère des appartemens des malades ;

8° Qu'une chaleur sèche lui donne cette tension, si l'espace est suffisant pour la loger, et dans le cas contraire, l'espace étant bientôt saturé, l'appartement devient un foyer d'infection.

9° Que de semblables foyers peuvent se multiplier dans une ville où règne une maladie contagieuse, et alors si l'atmosphère extérieure est elle-même remplie d'humidité hygrométrique, les miasmes qui s'échappent de ces foyers peuvent s'y répandre, et ne pouvant se dissiper dans l'atmosphère, disséminer ainsi dans l'enceinte des villes des sources multipliées de la contagion ;

10° Que les miasmes peuvent transmettre la maladie, directement ou indirectement. Le premier cas a lieu lorsqu'un individu sain absorbe immédiatement dans son foyer la semence contagiense : le second, lorsqu'il reçoit la contagion au moyen de miasmes pestilentiels condensés sur des objets hygrométriques qui ont été plongés dans ce foyer ;

11° Qu'un froid sec, en condensant les miasmes, tout comme une chaleur sèche, en augmentant leur tension, s'opposent à ce que leur activité s'exerce au dehors de leurs foyers originaires ;

12° Que tout l'art de la désinfection consiste à décomposer les miasmes, en s'emparant de leur humidité vaporeuse, et que de tous les moyens le meilleur pour détruire cet effet, c'est le dégagement des gaz avides d'humidité, tels que les gaz nitrique et hydrochlorique, parce qu'ils pénètrent dans toutes les interstices de l'air et des objets contaminés, et jusque dans les pores des bois où les miasmes peuvent être déposés ;

13° Que la chaleur sèche et le froid sec sont aussi les meilleurs désinfectans pour détruire l'action des miasmes au dehors de leurs foyers producteurs, et surtout pour s'opposer à leur exportation ;

14° Que tous les autres moyens d'assainissement, tels que les feux de cheminées, les ventilations à courant d'air, etc., sont d'efficaces auxiliaires pour détruire l'activité de la contagion.

15° Qu'il est avantageux de diminuer les chances de la contagion en interrompant les communications avec les pays infectés, ou en prenant la précaution de faire passer préalablement les hommes et les choses aux fumigations nitriques ;

16° Enfin, que lorsqu'il règne dans une ville une épidémie contagieuse durant les chaleurs de l'été, on doit sévèrement prohiber l'arrosement des rues, des places publiques, des cours et des promenades.

Je prie, au reste, MM. les commissaires d'avoir la bonté de lire attentivement tout ce que j'ai dit à ce sujet dans le sixième chapitre de mon livre sur le choléra, et qu'il serait aussi fastidieux que superflu de répéter dans un mémoire déjà aussi long.

Billeray.
Professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Tumeur cancéreuse au sein guérie sans opération.

Madame Bouteau, femme du premier clarinette du 45e régiment, âgée de vingt-trois ans, et mariée depuis quatre, d'une constitution lymphatique, accoucha d'un premier enfant vers le milieu de l'année 1830, qu'elle allaita pendant quatorze mois, jouissant d'une excellente santé.

Après que l'enfant fut sevré, les seins continuèrent encore à sécréter du lait en assez grande quantité pendant plus d'une année. Trois mois après la suppression complète de cette sécrétion, madame B..... s'aperçut qu'une petite tumeur dure s'était développée au sein gauche; mais comme elle n'y ressentait aucune douleur, elle y fit peu d'attention.

Quatre mois s'écoulèrent dans cet état, sans que la malade s'occupât de son mal, qui cependant avait fait de grands progrès.

Dans le mois d'août 1833, six à sept mois après la suppression de la sécrétion laiteuse, la tumeur avait déjà acquis beaucoup de volume; des douleurs lancinantes se faisaient sentir dans tout le sein, et les glandes de l'aisselle correspondante commençaient à s'engorger. Madame B..... se décida, alors seulement, à consulter un jeune médecin du Havre (M. Mathieu), qui ne vit d'abord, dans cette affection, qu'un simple engorgement chronique, une sub-inflammation de la mammaire et des glandes lymphatiques voisines. Il recommanda, pour tout traitement, de frictionner la tumeur, matin et soir, avec la pommade d'hydriodate de potasse iodurée, qui fut continuée très-exactement pendant un mois.

Loin de s'améliorer sous l'influence de cette médication, le mal fit de nouveaux progrès; alors, ce jeune médecin, justement alarmé par la marche et le caractère de la tumeur, fit appeler un de ses confrères de la ville, M. Couture, médecin d'un grand mérite, qui, après un examen scrupuleux, déclara aux parens de la malade, que son affection était un véritable cancer, et que très-probablement elle serait obligée d'aller à Paris pour s'y faire opérer. En attendant, elle fut mise à l'usage des remèdes anti-cancéreux, combinés avec les anti-scrofuleux.

Effrayée par l'idée d'une opération, madame, B..... vint me consulter le 5 septembre, seulement pour savoir si je lui conseillais de partir, sans retard, pour la capitale. Après avoir examiné attentivement la tumeur, je rassurai un peu la malade, et, sans lui donner des espérances bien positives, je lui laissai entrevoir néanmoins que la guérison pourrait avoir lieu sans aller à Paris, sans qu'il fut besoin même de recourir à une opération. Ces paroles calmèrent un peu ses inquiétudes.

La tumeur, qui occupait la moitié externe du sein, avait le volume du poing; elle était immobile, dure et tuberculée; la peau qui couvrait la moitié de sa surface, était d'un rouge ardoisé, comme désorganisée et veinée dans toutes les directions; son centre présentait un point fluctuant, très-circonscrit, qui semblait n'intéresser qu'un des globules qui faisaient saillie à l'extérieur. Enfin, des douleurs aiguës, lancinantes s'y faisaient vivement sentir depuis quelque temps. De plus, les glandes de l'aisselle correspondante avaient acquis un volume considérable et semblaient faire corps avec le bord externe du muscle grand pectoral.

D'après ce qui précède, je ne me dissimulai pas toute la gravité de cette affection; aussi je m'empressai d'en prévenir le mari en particulier, et demandai une consultation de plusieurs médecins, qui eut lieu le lendemain, 6 septembre; elle se composait de MM. Mathieu, Couture, L'Espian et moi. Nous fûmes tous parfaitement d'accord sur le caractère essentiellement cancéreux de la tumeur, mais nous différâmes d'opinion sur le mode de traitement à suivre; la mienne prévalut, et les anti-phlogistiques furent substitués aux anti-cancéreux et anti-scrofuleux. Dès le même jour (6 septembre) on appliqua vingt-cinq sangsues sur la tumeur, sur la portion de peau encore saine, et immédiatement après, elle fut recouverte d'un large cataplasme émollient, préparé avec la farine de graine de lin et une décoction de tête de pavots. Dans le courant de la journée, le petit foyer, dont j'ai déjà fait mention, s'ouvrit spontanément et donna issue à une petite quantité de pus ichoreux.

Les cataplasmes qu'on renouvelait fréquemment furent continués avec beaucoup d'exactitude, et on réitéra l'application des sangsues les 14 et 22 septembre, les 4, 18 et 26 octobre, les 5 et 27 novembre. Pendant ce temps-là la malade observa un régime doux, et prit pour boisson, tantôt de l'eau d'orge, tantôt de l'eau de chiendent.

Sous l'influence de ce mode de traitement, nous avons vu disparaître successivement les douleurs aiguës, lancinantes, dont la malade était tourmentée, et le volume considérable de la tumeur.

Dans les premiers jours de décembre, le petit ulcère, sur lequel on n'avait jamais mis que de la charpie sèche, était cicatrisé; la glande mammaire, réduite à son volume naturel, ne conservait qu'une médiocre dureté, les ganglions lymphatiques de l'aisselle conservaient encore une partie de leur volume primitif et de leur dureté.

A cette époque, on supprima les émissions sanguines, mais on continua l'usage des cataplasmes émolliens qu'on arrosa d'eau végéto-minérale; la tumeur fut frictionnée, matin et soir, avec la pommade iodurée d'hydriodate de potasse; et la malade prit deux pilules de Belloste sans mercure, et pour boisson une légère dissolution d'iode et d'hydrochlorate de soude. Quoique lents, les bons effets de ces médicamens étaient incontestables.

Dans les premiers jours de janvier, les cataplasmes furent supprimés complétement, et à leur place on employa une compression méthodique; on substitua aussi à la boisson, l'usage de la teinture d'iode, depuis dix jusqu'à quarante gouttes par jour.

Dans le mois de février, madame B.... se rendit à Paris; à cette époque la guérison était très-avancée, il y

avait cependant encore quelques glandes à l'aisselle, qui n'avaient pas repris entièrement leur état normal; elles conservaient un peu de dureté et de volume; la mammaire paraissait également avoir un peu plus de consistance que dans l'état naturel.

La malade a resté à Paris jusqu'au mois de septembre; elle a fait usage pendant trois mois de bains sulfureux, de tisane de houblon et de sirop de gentiane; plus tard, un emplâtre de *vigo cum mercurio* a été appliqué sur les parties qui conservaient encore de la dureté. Cette jeune dame est aujourd'hui parfaitement bien; on ne sent plus de glandes engorgées, et la glande mammaire, qui a été le siége du mal, diffère à peine de celle du côté opposé.

DARRÉ.
Chirurgien-major au 45e rég. d'infanterie.

ERRATA.

Dans le dernier numéro de notre Journal (Mars), Obs. I, page 40, deuxième colonne, ligne 6, au lieu de : *Oxide bl. d'antim.* ℥*j*, lisez *Oxid. bl. d'ant.* ʒ*j*.

Même page, même colonne, ligne 30, au lieu de : *Oxid. bl. d'antim.* ℥*ij*, lisez *Oxid. bl. d'ant.* ℈j.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

AVRIL 1835.

Mémoires et observations sur l'apoplexie cutanée ; par M. Leveillé, médecin de l'Hôtel-Dieu (1).

§ I. *Idée de la maladie et plan de ce mémoire.*

A l'instant où l'on s'y attend le moins, tantôt la peau prend une couleur rouge-purpurine, se gonfle, se couvre de boutons larges, irréguliers, qui disparaissent et reviennent alternativement, qui causent beaucoup de démangeaison et s'effacent en peu de temps sans desquamation de l'épiderme; tantôt il survient à cet organe cutané des taches brunes-violettes, semblables à des ecchymoses ; elles ne donnent pas d'élévation sensible et leur marche est la même que celle des contusions et des meurtrissures. Tels sont les deux aspects différens sous lesquels se montre inopinément la maladie que je propose de nommer *coup de sang à la peau*. Le premier état, dont j'ai donné la description succincte, est véritablement avec un exanthème, qui ne se remarque jamais dans le second. L'un et l'autre dépendent évidemment du sang qui s'est porté brusquement et avec force à la surface de la peau ; mais ce n'est pas toujours de la même manière. En effet, d'un côté, ce fluide est encore contenu dans les vaisseaux capillaires artériels ; et de l'autre, il s'est infiltré dans le tissu dermoïde.

Afin de faire connaître avec une extrême exactitude la maladie dont j'ai entrepris de parler, il me paraît nécessaire de produire deux premières observations propres à caractériser ces deux espèces de coups de sang.

Obs. I. — Le 29 juin 1814, M. le chevalier B..... maréchal-de-camp, âgé de 35 ans, d'une bonne constitution, se lève bien portant et se dispose à sortir. Il éprouve des palpitations et des vertiges ; il se remet au lit et me fait appeler. Je le trouve excessivement rouge de tout le corps, couvert de boutons larges et déprimés à leur surface, avec la vue trouble, avec la tête embarrassée, lourde et pesante. Je vois les paupières et leur membrane interne rouges et gonflées ; le cuir chevelu est douloureux ; la face est vultueuse ; le malade se plaint d'une chaleur âcre et mordicante, ses mains ne lui suffisent pas pour se gratter, tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre ; enfin son pouls est lent régulier et embarrassé.

Sur-le-champ, je fais ouvrir la veine du bras. Un sang noir s'écoule, la peau s'affaisse, reprend sa couleur naturelle ; la vue s'éclaircit, les boutons et les démangeaisons disparaissent en un clin-d'œil. Il survient une syncope, suivie d'envie de vomir, après laquelle la santé est subitement recouvrée.

Obs. II. —Le jour de la bataille livrée sous les murs de Paris (30 mars 1814), un des garçons de service de la maison Sainte-Pélagie fut dans le cas de résister à des prisonniers d'état qui faisaient violence pour s'évader. Cet homme, ancien brigadier de gendarmerie, grand, très-fort quoique âgé de soixante-huit ans, fut menacé d'être pendu, s'il faisait du mal à l'un d'eux dont le bras était engagé dans la porte entr'ouverte d'un guichet, qu'il suffisait de pousser un peu vite pour opérer une mutilation.

Ce gardien, persuadé qu'on lui aurait tenu parole, fut saisi d'épouvante, devint tremblant de tout le corps, et eut la respiration très-gênée. Sur-le-champ il se manifesta sur les jambes des taches violettes, brunes, qui se sont peu à peu étendues en largeur ; j'en remarquai aux cuisses où elles ressemblaient aux effets de fortes contusions. J'en vis encore sur les bras et les avant-bras, et très-peu sur le tronc ; parmi les moins importantes, il y en avait de lenticulaires et d'autres qui donnaient l'idée de piqûres de puce.

Pendant quatre jours, ce gardien ne discontinua pas son service ; mais le cinquième, il conçut des inquiétudes. J'observai sur la jambe droite une tension inflammatoire avec une chaleur incommode. Je prescrivis le repos, les antispasmodiques, les applications émollientes sur cette partie douloureuse, et la santé se rétablit parfaitement dans l'espace de huit jours.

Ces deux faits constatent l'existence des coups de sang à la peau, et permettent d'en reconnaître deux espèces. L'une est *exanthématique*, et l'autre est *violacée* ou avec *ecchymose*. Dans la première le sang est encore contenu dans les extrémités capillaires des vaisseaux ; dans la seconde ce fluide est extravasé dans le tissu dermoïde.

J'ai précisé avec clarté, je crois, l'essence d'une nouvelle espèce de maladie. Maintenant je dois la décrire, exposer ses modes de terminaison spontanée, les caractères essentiels qui la distinguent de quelques exanthèmes connus ; après en avoir détaillé les causes, porté le pronostic et tracé le traitement, je signalerai, sous

(1) Ce mémoire posthume d'un des praticiens dont s'honorait le plus l'Académie Royale de Médecine, fut lu à l'Académie des Sciences il y a quelques années.

forme de conclusion, les rapports incontestables qui existent entre cette affection et l'apoplexie proprement dite.

§ II. *Description du coup de sang exanthématique cutané.*

L'invasion est brusque le matin ou le soir, mais plus souvent au milieu de la nuit durant le sommeil, qui est aussitôt interrompu. Les signes précurseurs les plus ordinaires sont, des palpitations, une gêne pour respirer, le cauchemar, ou un serrement de la région précordiale, sans cause connue, un embarras de la tête, lourde et pesante, un obscurcissement de la vue, avec vertiges, étourdissemens, quelquefois des nausées ou des vomissemens de matières glaireuses; enfin un engourdissement des membres avec torpeur qui se communique bientôt à toutes les autres parties du corps.

A l'instant où la maladie se déclare, toute la peau se gonfle, se colore d'un rouge ardent et uniforme; elle est le siége d'une chaleur telle qu'on ne peut résister au besoin de s'exposer au courant d'un air frais. Dans le plus court espace de temps, on voit s'élever des plaques boutonneuses, larges, saillantes, déprimées à leur surface sur laquelle on aperçoit de petits enfoncemens qui répondent à la racine des poils, ce qui leur donne un aspect grenu. Ces boutons sont ou en petit nombre, discrets et séparés par la peau qui est dans son état naturel, ou confluens, nombreux et cohérens en forme de larges grappes. Leur contour, irrégulièrement arrondi, est alors d'un rouge tendre; leur surface grenue est plus pâle; la peau saine qui les distingue est revenue à sa couleur ordinaire. Lorsque l'éruption est complète, la rougeur de tout le corps a beaucoup diminué; et ce qui en reste, est borné aux boutons. Ceux-ci sont le siége de cuissons, de picottemens, de démangeaisons vives; les malades éprouvent une vive chaleur; ils sont dans une très-grande anxiété; ils ne dorment pas et ne sont bien nulle part dans leur lit; ils se grattent, la plupart, jusqu'au sang. Leur pouls est profond, dur, lent et régulier.

Cet exanthème singulier, qui n'épargne pas même les doigts ni les orteils, la paume des mains ni la plante des pieds, et qui se manifeste sur ces parties par des points très-multipliés d'une couleur rouge-pourprée, disparaît par l'effet du contact de l'air. Son existence est si fugace que les médecins n'arrivent pas quelquefois assez à temps pour l'apercevoir; ils ne distinguent seulement que quelques boutons çà et là, ou ils n'en découvrent aucun. La durée de cette éruption est, pour l'ordinaire, de quatre à six heures; la plus longue va rarement au-delà de deux jours. Après avoir disparu, elle est susceptible de se reproduire; cette seconde fois, très-rapprochée de la première, les boutons sont plus rares; et lorsqu'ils n'existent plus, la démangeaison et la chaleur diminuent et cessent. Dans aucun cas la fièvre ne se fait remarquer.

—

§ III. *Terminaisons spontanées du coup de sang exanthématique cutané.*

La *résolution*, l'*ecchymose*, l'*œdème* et l'*ulcération superficielle* sont les quatre modes de terminaison.

La *résolution* est si commune que je me dispense d'en citer des exemples. Lorsque les boutons ont disparu, la peau reprend son état naturel sans que l'épiderme tombe en écailles furfuracées. La démangeaison, quoique faible, persiste encore quelques heures.

Quand l'*ecchymose* succède, c'est dans les endroits où il y avait eu des boutons réunis. Tout le gonflement local disparaît; la peau souple prend une teinte violacée, jaune sur le contour, puis sur toute l'étendue de cette ecchymose, et revient à sa couleur naturelle.

Obs. III. Une jeune dame, âgée de ving-quatre ans, d'un tempérament sanguin, enceinte de trois mois, éprouve dans le cours de la nuit du 7 au 8 janvier 1815, une démangeaison intérieure de la peau avec chaleur de la figure et des yeux. Après deux heures d'une telle inquiétude, elle s'endort et ne ressent plus rien jusque fort avant dans la matinée. A trois heures de l'après-midi, nouvelle démangeaison avec rougeur, chaleur et gonflement de la figure. La malade se trouve bien de respirer l'air extérieur; elle se plaint d'un étonnement de la tête, de légers vertiges avec tintemens d'oreilles. Après s'être grattée partout où elle en sentait le besoin, cette dame s'est vue couverte de boutons. Vers les neuf heures du soir, il y eut du calme, mais au milieu de la nuit, des étouffemens incommodèrent beaucoup la malade, et la démangeaison devint de nouveau insupportable. Un verre d'eau fraîche fut bu et le reste de la nuit se passa tranquillement.

Appelé le second jour, je n'ai distingué que des taches semblables aux *éphélides hépatiques* et un très-petit nombre de boutons çà et là, qui ont promptement disparu. De plus, j'ai observé, partout où l'éruption avait été très-forte, sur l'avant-bras, au-dessus du genou gauche et en dehors de la malléole externe, des plaques violettes, ecchymosées et sans gonflement. Le lendemain, elles étaient presque totalement jaunes; l'épiderme ne s'est pas séparé les jours suivans. La malade avait encore les mains gonflées et de la raideur dans l'articulation des doigts.

L'*œdématie* s'observe fréquemment après cette éruption; l'histoire précédente en est déjà une preuve. Il n'est pas rare de rencontrer cet état général de la peau, qui conserve longtemps l'impression du doigt, comme dans tous les cas d'infiltrations séreuses un peu remarquables. La *leucophegmatie*, qui ressemble à l'œdème, mais qui en est distincte parce que la peau tendue résiste au toucher, doit être considérée aussi comme une terminaison non équivoque.

Obs. IV. Une femme, âgée de soixante-onze ans, se lève à cinq heures du matin, le 29 juin 1814, pour aller vendre du beurre à la halle. A sept heures, elle éprouve subitement un malaise général; sa peau se gonfle, rougit et se couvre à l'instant de boutons. La dé-

mangeaison est générale, jusque dans le cuir chevelu. La rougeur se communique à la paume des mains; les doigts sont engourdis, raides et gênés dans leurs mouvemens; la malade se gratte et exige que les femmes qui l'assistent lui en fassent autant. Les yeux deviennent troubles, distinguent imparfaitement les objets; les paupières lourdes et pesantes sont le siége de picotemens insupportables.

Il survient des envies de vomir, des vomissemens de matières glaireuses. Cette femme se rend avec peine à sa maison où on lui frictionne le corps et où on lui met dans l'eau froide les pieds qui étaient dans le même état que les mains. L'efflorescence disparaît, la démangeaison est moindre et le calme a lieu. Ayant visité cette malade, trois heures après sa rentrée chez elle, je trouvai son pouls faible, lent et régulier. La peau m'a paru empâtée, comme elle l'est quelquefois après des inflammations érysipélateuses. En la comprimant, elle s'affaissait mollement et conservait l'impression des doigts. Je n'observai ni embarras de la tête, ni trouble des facultés intellectuelles. A la fin de la journée la malade fut complétement guérie.

Obs. V. Madame J...., âgée de trente-un ans, d'un tempérament sanguin, se réveille en sursaut au milieu de la nuit du 1er au 2 septembre 1814, avec une grande démangeaison de tout le corps. Elle se sent aussitôt couverte de boutons larges, élevés, irréguliers, d'un rouge pâle, et distincts les uns des autres par la peau saine qui dans leur intervalle, conservait sa couleur naturelle. Le matin, et pendant le cours de la journée suivante, cet état a persisté avec embarras et pesanteur de tête, picotemens des yeux dont les conjonctives étaient rouges et gonflées. Les boutons s'effacent et il en reparaît d'autres; il s'en montre jusque sur la figure et sur le cuir chevelu. Le soir de ce même jour, après un léger dîner, la malade, très-altérée, boit quatre verres d'eau de groseille à des distances rapprochées. L'embarras de la tête, qui avait cessé, se renouvelle avec étourdissemens et syncopes. Cette dame vomit ensuite ce qu'elle a bu avec tant d'avidité et va plusieurs fois à la selle. La nuit suivante, le prurit est si incommode de la tête aux pieds qu'il prive entièrement du sommeil. Appelé le troisième jour, je vois encore des traces d'éruption sur la figure et sur les bras. La démangeaison ne cesse de tourmenter même dans les endroits où les boutons se sont effacés. Le visage est bouffi, les mains et le bas des jambes sont gonflés; les vêtemens, devenus tout-à-coup trop étroits, exercent une constriction douloureuse sur le corps. Cette disposition leucophlegmatique résistait tellement à la pression des doigts, qu'il m'a été difficile de toucher le pouls, que j'ai enfin reconnu plein, dur, lent et régulier. L'époque des règles s'approchait, je n'ai prescrit que la diète et un régime délayant. La nuit suivante fut très-bonne. Le quatrième jour, les règles coulèrent, et la leucophlegmatie diminua. Le cinquième, la guérison fut, pour ainsi dire, complète. Point de séparation de l'épiderme.

Je n'ai encore recueilli qu'un seul exemple de terminaison par des ulcères superficiels.

Obs. VI. Le nommé B...., maçon poêlier, rentre chez lui dans la soirée du 28 octobre 1814, avec une rougeur érysipélateuse à la jambe droite. Cet homme âgé de cinquante-quatre ans, est asthmatique, sec et maigre comme beaucoup de plâtriers. Le lendemain, il garde la chambre. A l'approche de la nuit, il est pris d'un serrement de poitrine, d'une sorte de suffocation subite, et, sur-le-champ, son corps est couvert de plaques rouges, accompagnées de tous les phénomènes dont il a été parlé. Pressé d'aller à la garde-robe, cet homme se lève et son éruption disparaît; il se recouche et s'endort. Réveillé par un second besoin, il n'est pas plus tôt en bas du lit, qu'il est pris de vertiges et d'étourdissemens qui le forcent de s'asseoir pendant un quart-d'heure. L'éruption et la démangeaison se renouvellent. Appelé le troisième jour, je ne vois plus que quelques boutons et les traces encore saignantes des ongles. Le pouls, plein et dur, est lent et régulier; tout le corps est couvert d'efflorescences dartreuses avec suintement, qui ont cédé plus tard à l'usage des préparations sulfureuses.

§ IV. *Des coups de sang cutanés avec ecchymose, ou violacés.*

L'infiltration inopinée du sang dans cette partie superficielle de la peau, immédiatement recouverte par l'épiderme, est fort rare. Elle se fait remarquer par des taches violettes, tirant un peu sur le noir. Si elle ressemble assez aux contusions, elle en diffère en ce qu'on n'observe sur les tégumens aucune trace de violence extérieure. Cette infiltration sanguine disparaît de la même manière et par les mêmes procédés naturels que celle qui est l'effet d'un coup, d'un froissement considérable. Les vaisseaux absorbans sont les instrumens à l'aide desquels le sang est repris et reporté dans le torrent circulatoire.

Obs. VII. En mai 1809, je fus appelé auprès d'une femme très-replète âgée de soixante-huit ans. Elle venait d'éprouver tous les symptômes d'une apoplexie légère. Je lui vis des ecchymoses à la face, à la poitrine, sur les bras et plusieurs autres parties du corps. Comme elle jouissait de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, je remarquai peu cet état de la peau. Je fis néanmoins pratiquer une saignée du bras et, le lendemain, je prescrivis l'application de douze sangsues à l'anus. La malade a aussitôt recouvré sa première santé, dont elle jouit encore aujourd'hui.

Obs. VIII. Par l'effet d'une pression considérable sur la poitrine, un écolier, âgé de douze à treize ans, eut tout à coup les paupières ecchymosées, avec contraction des pupilles et injection des vaisseaux de l'iris. Une large infiltration se remarquait encore au-dessous du menton et au devant du cou. Par le même accident, cet enfant eut la cuisse gauche fracturée; il avait la tête lourde et pesante avec tendance à l'assoupissement.

Il s'est parfaitement rétabli et est mort phthisique à dix-neuf ou vingt ans.

Obs. IX. En 1805, je soignais d'un anévrisme du cœur un homme âgé de quarante-deux ans. Vers les derniers temps de son existence, il lui survint subitement une ecchymose des paupières de l'œil gauche avec engourdissement de tout ce côté de la face. Cet épiphénomène disparut bientôt et n'eut pas de suite. Le malade étant mort longtemps après, je lui trouvai une dilatation passive des cavités veineuses du cœur, par suite d'une tumeur aqueuse grosse comme les deux poings réunis, développée dans le poumon droit.

§ V. *Des affections éruptives qui ressemblent au coup de sang exanthématique cutané.*

Il n'est pas possible de confondre les infiltrations spontanées de sang dans le tissu dermoïde, avec celles qui peuvent dépendre de contusions ou de taches scorbutiques; dès-lors je néglige toute comparaison à cet égard. Il importe davantage de rapprocher les coups de sang cutanés et exanthématiques de certaines éruptions avec lesquelles ils ont, au premier coup-d'œil, une analogie frappante; savoir de l'*essera* et de l'*urticaria*.

Le peu d'accord, qui existe dans les descriptions variées de l'essera et de l'urticaria, est une preuve non équivoque qu'on n'a aucune connaissance positive de l'un ni de l'autre exanthème. Selon le professeur Pinel, les nosologistes comprennent le premier sous le même titre que le second; et Cullen convient que les auteurs diffèrent beaucoup entre eux sur ce qu'ils en disent. L'*essera*, que Sauvages appelle *porcelaine*, est précédée de fièvre; sa durée ne va pas au-delà de douze jours : Vogel et Selle assurent que la desquamation de l'épiderme en est constamment la suite.

L'*urticaire*, *scarlatine ortiée* de Sauvages, *fièvre erysipélateuse* de Sydenham, consiste en taches rouges, qui, par leur aspect, par l'ardeur et les démangeaisons concomitantes, ressemblent parfaitement à celles dont nous avons parlé, et rappellent très-bien l'effet du contact des orties. L'invasion est précédée de frissons, de fièvre, de flux de ventre et de l'écoulement d'urines troubles. L'éruption paraît et disparaît à certaines heures; le froid la provoque, la chaleur la dissipe; elle se renouvelle tous les soirs, elle est accompagnée d'une fièvre continue-rémittente qui se termine dans le premier septenaire avec séparation de l'épiderme.

Ces deux maladies sont donc, avant leur début et dans leurs cours, accompagnées d'une fièvre continue-rémittente, qui ne s'observe pas dans le coup de sang exanthématique de la peau. Elles sont suivies de la chute de l'épiderme en écailles furfuracées; et nous n'avons pas aperçu ce phénomène. La porcelaine et l'urticaire se prolongent jusqu'à la fin du premier et même du second septénaire, tandis que vingt-quatre heures à quarante-huit, au plus, complètent le cours de la maladie que je décris. On doit conclure que le coup de sang exanthématique de la peau est une maladie particulière et spéciale, essentiellement différente de la porcelaine; qu'elle ne se rapproche de l'*urticaire* que par les boutons et les accidens dont ceux-ci sont accompagnés, mais qu'elle s'en éloigne sous tous les autres rapports.

§. VI. *Causes, pronostic et traitement de l'apoplexie cutanée.*

Le jeune âge, le tempérament sanguin, l'embonpoint, prédisposent à cette maladie, dont les névroses, l'altération de texture des organes de la respiration et de la circulation, une compression violente des parois du thorax, sont les causes efficientes ou directes.

Le malade qui a eu si peur d'être pendu (deuxième observation); celui qui a eu un si violent serrement spasmodique de la poitrine (sixième observation); le maréchal-de-camp qui s'est plaint de palpitations (première observation), nous montrent les névroses comme causes incontestables de l'affection dont il s'agit. Le cauchemar est encore capable de produire le même effet. C'est ce que prouve l'histoire suivante, communiquée par le docteur Péraudin.

Obs. X. L'épouse d'un notaire de Paris, madame Fl., âgée de trente-deux ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, jouissait d'une bonne santé lorsque, dans la nuit du 13 au 14 août 1814, elle fut réveillée en sursaut par un incube qui la tourmente souvent. Sur-le-champ, embarras extraordinaire, battemens incommodes vers la tête et tintement des oreilles : dans le même instant, gonflement de tout le corps avec une rougeur vive, semblable à celle de la scarlatine, et avec prurit particulier. Madame Fl., agitée, laissait apercevoir un trouble dans ses idées et ne put être visitée par M. Péraudin que quatre ou cinq heures après l'invasion du mal, qui avait déjà perdu de son intensité. Cette dame, qui demeurait à la campagne, fut guérie en moins de douze heures. Il ne lui resta qu'une grande susceptibilité nerveuse et une faiblesse, qui se sont dissipées dans l'espace de quelques jours.

Les causes mécaniques sont un froissement de la poitrine ou un obstacle au cours du sang des poumons au cœur, ou de cet organe dans les autres parties du corps. Sur ce dernier point il semble qu'on n'a rien à désirer après la sixième observation et une autre consignée dans le paragraphe qui suit. La huitième rend constans les effets fâcheux d'une forte compression exercée sur le milieu de la paroi antérieure du thorax. A cette occasion, je dirai que j'ai vu des militaires, renversés par le boulet qui leur avait à peine effleuré les vêtemens au-devant de la poitrine, conserver toute leur présence d'esprit, et avoir de larges ecchymoses à la face et au cou, sur les bras et sur tout le tronc. Les tégumens, frappés d'insensibilité, s'étaient laissé pénétrer de sang avec autant de facilité qu'une éponge s'imbibe d'eau.

Jusqu'ici l'expérience donne la conviction que cette maladie n'a rien de dangereux; sans doute, parce que le sang ne se porte pas plus abondamment à la tête que dans les autres parties du corps, et que les propriétés vitales ne reçoivent presque aucune atteinte. Le trai-

tement en est fort simple, puisqu'il se borne au repos, au régime délayant, à la diète et rarement à l'usage de la saignée. Le plus souvent, la terminaison de cette maladie est heureuse et spontanée; en sorte que l'art ne concourt en rien à ce résultat.

§ VII. *Rapports qui existent entre cette maladie et l'apoplexie. Conclusion.*

L'apoplexie, le *coup de sang*, l'*hémorrhagie* du cerveau, est la turgescence énorme et subite des vaisseaux sanguins des méninges et de l'encéphale, ou l'épanchement brusque du sang sous le crâne, dans les cavités séreuses ou dans la substance de cet organe médullaire. Les effets immédiats sont l'assoupissement profond, la privation totale de la sensibilité, du mouvement, et la respiration stertoreuse. Pour éviter toute discussion, je n'entends parler que d'apoplexie sanguine et je passe à dessein sous silence les mêmes affections qu'Hippocrate a désignées comme locales, qui consistent dans l'insensibilité et l'immobilité d'un seul membre ou de plusieurs, le cerveau exerçant d'ailleurs parfaitement ses fonctions.

Des maladies d'un même genre, d'une même espèce, affectent tantôt une partie, tantôt une autre; elles ont des signes relatifs au trouble des fonctions essentielles à cette partie. C'est ce qu'on vient de voir pour ce qui concerne l'encéphale frappé d'apoplexie. Qu'une turgescence sanguine survienne tout à coup dans les vaisseaux coronaires du cœur, dans ceux du poumon, les fonctions du cerveau restent intactes. Mais les palpitations, l'obstacle à la circulation, la suffocation, une grande gêne pour respirer avec ou sans crachement de sang écumeux, frappent avec la rapidité de la foudre.

Obs. XI. Il y a trois ans, M. C..., payeur à la caisse Lafarge, âgé de cinquante-cinq ans, replet et grand mangeur, ayant le col court, perd subitement la vue au milieu de la nuit. Il se plaint en même temps de douleurs et de pesanteur de la tête. Après les saignées de la gorge, du bras et du pied; après l'usage des délayans, des purgatifs et de la diète la plus sévère, la faculté de voir s'est parfaitement rétablie et la santé s'est parfaitement soutenue jusqu'à la fin de décembre dernier 1814. Alors, au milieu de la nuit, M. C.... a été subitement pris d'un saignement de nez, si considérable que je n'en ai jamais vu de semblable. Néanmoins le pouls se conservait lourd, très-plein et très-dur. L'épistaxis n'a cédé qu'à une saignée copieuse du bras, suivie de la diète la plus sévère, des boissons délayantes, des lavemens simples et laxatifs. Rien n'approche plus que ces deux dernières histoires observées chez le même individu, d'une attaque d'apoplexie, se manifestant par des signes qui sont propres aux organes sur lesquels la turgescence sanguine a eu lieu immédiatement.

L'apoplexie n'est donc pas, à considérer rigoureusement, une maladie spéciale du cerveau, même selon la doctrine hippocratique. Des exemples assez nombreux, extraits des auteurs de chirurgie, recueillis sous les yeux des plus grands maîtres et dans ma pratique privée, m'autorisent à admettre l'apoplexie du cœur, du poumon, du foie, de la rate, des yeux, des membranes muqueuses, dont je ne dois pas m'occuper dans ce mémoire.

La cause déterminante de l'apoplexie cérébrale dépend quelquefois d'une lésion organique du cœur (1). Lorsqu'il en est ainsi, elle consiste en un épanchement sanguin sous le crâne ou dans le cerveau; ou bien en une turgescence pléthorique de cet organe de la surface du corps. L'expérience m'a convaincu que ces deux dernières dispositions peuvent se trouver réunies.

Premier cas. — *Apoplexies par épanchement de sang dans le cerveau. Effets d'une lésion organique du cœur.*

Obs. XII. Baglivi rapporte que *Malpighi*, âgé de soixante-six ans, sujet depuis longtemps à des palpitations du cœur, tourmenté par la goutte et par la pierre, fut frappé d'apoplexie, suivie de la paralysie de tout le côté droit du corps. Quarante jours après cet accident, il se rétablit assez bien, mais avec perte de la mémoire et du raisonnement. Trois mois étaient à peine écoulés qu'une apoplexie nouvelle le fit périr en quatre heures.

A l'ouverture de son corps, on vit que le volume du cœur était augmenté. Le ventricule droit du cerveau renfermait deux livres de sang; le gauche contenait un peu de liquide jaunâtre. Tous les vaisseaux du cerveau étaient variqueux.

Obs. XIII. Laurent a eu connaissance d'un homme qui ressentit subitement une douleur de tête insupportable, et mourut peu après d'apoplexie.

Le cœur était si ample qu'il pouvait contenir trois livres de sang. L'aorte et les artères du cerveau avaient éprouvé une grande dilatation; le cerveau était inondé de sang.

Deuxième cas. — *Apoplexie par turgescence prodigieuse de tout le système capillaire sanguin. Effets d'un anévrysme au cœur.*

Obs. XIV. En janvier 1814, un homme, âgé de quarante-cinq ans, sujet à des palpitations, et détenu à la prison de Sainte-Pélagie, meurt subitement sur sa chaise après le dîner. Quinze heures plus tard, le cadavre avait la figure gonflée, mais d'une coloration si fraîche et si naturelle qu'on eût cru à une léthargie. Il ne présentait de blancheur que sur les endroits comprimés par le dos et le siége de la chaise, et par la table sur laquelle il avait été étendu. Tout le système capillaire cutané était excessivement injecté. Un son mat, rendu par la poitrine percutée, me fit présumer une lésion organique du cœur, indiquée d'ailleurs par les palpitations dont j'ai parlé. Le crâne ayant été enlevé, l'appareil vasculaire parut énormément gorgé, sans qu'il y eût épanchement nulle part. La section des tégumens du crâne fut suivie d'un tel écoulement de sang, qu'à l'instant la figure s'affaissa, et que les traits, jusque-là

(1) Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur*, p. 177, première édition.

parfaitement conservés, s'altérèrent profondément. Le cœur était d'un très-gros volume; ses cavités droites, très-amples et à parois fort épaisses, contenaient beaucoup de sang veineux, en partie fluide, en partie coagulé.

Il y a des époques de l'hiver où, dans les salles de dissection, on apporte souvent des cadavres de personnes qui étaient fortes, replètes, et paraissaient dans la vigueur de l'âge. Leur figure est prodigieusement tuméfiée, méconnaissable, d'une teinte noire, violacée; cette coloration s'étend au cou, à la poitrine et aux bras; on dirait que ces surfaces ont été lavées avec la lie d'un gros vin rouge. On trouve une énorme turgescence des vaisseaux du cerveau sans le moindre épanchement de sang. La poitrine renferme toujours un anévrisme actif du cœur. L'embonpoint du cadavre, l'absence de toute trace de traitement extérieur, ne permettent pas de méconnaître une mort subite.

Il est possible que cette infiltration sanguine ne se montre que quelque temps après la mort, ce qui mérite de fixer l'attention des médecins-légistes. On voit des cadavres qui ne présentent rien d'extraordinaire dans les premiers momens où le ministère public fait, en sa présence, constater le décès par des personnes commises à cet effet. Un rapport ne contient que l'exposé de ce qu'on a vu. Mais vingt-quatre heures plus tard, on en fait l'ouverture. On visite de nouveau le cadavre dont la tête, le cou et la partie supérieure de la poitrine, horriblement gonflés, sont noirs, livides et contrastent singulièrement avec ce qui est énoncé dans le premier rapport. Cependant tout est l'effet d'un anévrisme actif du cœur. C'est encore ce qui a été constaté sur le cadavre de M. Pérouneau, libraire, mort subitement chez le docteur Péraudin, auquel il était venu demander des conseils, et qui a bien voulu me communiquer ce fait extraordinaire.

Troisième cas. *Apoplexie par turjescence vasculaire de la peau, et par épanchement de sang dans l'intérieur du cerveau.*

Obs. XV. Le 18 août 1813, vers les onze heures du matin, M. B..., marchand de soie en gros, âgé de cinquante-deux ans, sujet à des violens catarrhes pulmonaires, éprouve tout à coup une douleur vive à la tête, se heurte contre des caisses vides; tombe en balbutiant quelques mots, perd la parole et est paralytique du côté gauche. En mon absence, le docteur M. Fizeau prescrit un éméto-cathartique, deux vésicatoires aux cuisses et, une heure plus tard, des sinapismes aux pieds. Le malade vomissait encore, quand j'arrivai auprès de lui. Il était sans mouvement et couché sur le dos; il respirait avec peine et en ronflant; le visage gonflé était très-coloré, et la turgescence sanguine de tout le système vasculaire cutané était évidente. On ne pouvait douter d'un épanchement dans le cerveau. Quelque désespérée que fût la circonstance, nous ne négligeâmes rien pour combattre les accidens. Le lendemain, à sept heures du soir, la plénitude des vaisseaux était si prodigieuse que, par unique égard pour la famille, nous fîmes appliquer douze sangsues au cou. A mesure que le sang coulait, la figure se décomposait et devenait cadavéreuse (Observation XIV). Nous avons trouvé un énorme caillot de sang dans le lobe postérieur de l'hémisphère droit du cerveau. La poitrine n'a pas été ouverte, et c'est une omission que je puis justifier.

Ces exemples prouvent, ce qui est déjà fort connu, 1° que les apoplexies consistent en un état pléthorique des vaisseaux de l'encéphale, ou en un épanchement de sang artériel dans le tissu médullaire de cet organe; 2° que ces deux dispositions sont réunies, ou isolées et distinctes; 3° que cet épanchement, que cet état pléthorique peuvent se rencontrer avec la turgescence de tout le système capillaire des vaisseaux cutanés; 4° que cette turgescence est formée par du sang encore contenu dans ses propres vaisseaux ou infiltré dans le tissu dermoïde; 5° qu'un anévrisme du cœur est souvent la cause immédiate de ces dispositions pathologiques.

Si l'on revient à ce qui concerne les coups de sang à la peau, on croit apercevoir une parfaite analogie entre eux et les apoplexies. De part et d'autre, il y a turgescence pléthorique du système vasculaire; et l'épanchement, qui a souvent lieu dans le cerveau, répond à l'infiltration ou à l'ecchymose de la peau. L'apoplexie cérébrale, proprement dite, coïncide souvent avec la plénitude extrême des vaisseaux capillaires de la peau; et, parmi les histoires nombreuses que j'ai rapportées, il ne se trouve presque pas un coup de sang à la peau dans lequel il n'y ait eu des symptômes caractéristiques d'une légère attaque d'apoplexie. Celle-ci est quelquefois l'effet immédiat d'une lésion organique du cœur, et j'ai presque toujours cru remarquer que cette affection cutanée, exanthématique ou par ecchymose, provenait d'embarras subits dans la région précordiale ou dans la poitrine.

Il y a, dira-t-on, une grande différence entre la plénitude des vaisseaux de la peau, consécutive à une apoplexie, et celle qui indique ce que je nomme coup de sang cutané; puisqu'on n'observe point, dans le premier cas, l'exanthème, le prurit et la démangeaison propres au second. Il est difficile qu'il en soit autrement. Lors d'une apoplexie foudroyante, les fonctions cérébrales sont lésées sur-le-champ; la sensibilité et l'irritabilité sont presque nulles et les plus petits vaisseaux se laissent pénétrer et distendre passivement. Le sang est-il au contraire refoulé du cœur vers les extrémités capillaires de tous les vaisseaux, il est alors également reparti et sur-abondant. Il détermine des phénomènes analogues à l'embarras insolite de chaque organe particulier; au cerveau, il provoque les vertiges et les étourdissemens; aux yeux, les éblouissemens et la pesanteur; sur le canal alimentaire, les nausées, les envies de vomir, les vomissemens; à la peau enfin, la turgescence, la rougeur, etc. Lors d'une disposition semblable, tous les organes jouissent de leurs propriétés vitales; et c'est à la résistance que celles-ci permettent aux tégumens d'opposer à l'afflux du sang, qu'il faut attribuer ces ampoules ou ces boutons, et leur prompte disparition spontanée, à mesure que le calme renaît et que l'ordre des fonctions se rétablit dans son premier état.

On dira peut-être encore : dans les coups de sang de la peau avec ecchymose, l'infiltration et le gonflement sont moindres que lors d'une apoplexie cérébrale, suite d'un anévrisme actif du cœur ; et que, dans celle-ci, l'ecchymose se forme plutôt après la mort que durant les derniers instans de la vie. Dans l'un et l'autre cas, il y a infiltration, et celle-ci existe assez souvent avant la mort ; dès-lors on trouve une identité. La difficulté roule donc sur le plus ou le moins de sang infiltré.

L'apoplexie foudroyante, effet d'un anévrisme actif du cœur, entraîne avec elle la perte du mouvement et de la sensibilité ; elle est suivie d'une hémorrhagie passive dans les tissus cutané et cellulaire : elle est moindre quand il y a un reste de vie, les propriétés vitales étant réduites à un degré de faiblesse extrême, que quand elle n'est plus qu'un phénomène cadavérique, et n'éprouve plus d'obstacles à vaincre. Si l'ecchymose est le produit d'un refoulement brusque du cœur, sain d'ailleurs vers les vaisseaux capillaires, la répartition du sang est générale et uniforme. Les tissus trouvent dans leurs propriétés vitales conservées, une force de résistance suffisante pour modérer cette hémorrhagie et la suspendre spontanément.

On peut donc raisonnablement conclure, 1° que l'état subitement pléthorique de la peau a les plus grandes analogies avec la disposition semblable des vaisseaux du cerveau ; 2° que l'infiltration brusque du tissu dermoïde ressemble parfaitement à l'épanchement de sang qui se fait tout à coup sous le crâne et dans l'encéphale ; 3° que les symptômes principaux, relatifs à l'organe plus particulièrement affecté, sont toujours avec une lésion plus ou moins grande des fonctions cérébrales ; 4° que le coup de sang à la peau est une véritable *apoplexie cutanée* (1).

Histoire d'une affection typhoïde, épidémique, observée chez de jeunes enfans ; par le docteur Félix Hatin, médecin du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement de Paris, chirurgien-aide-major du 3e bataillon de la IXe légion ; lauréat de l'Institut de France, etc.

(Suite et fin (2).)

Obs. II. — L'enfant de M. B.. (3), âgé de trois ans et demi, fut pris comme Mlle G. et sans cause connue, de vomissemens, de diarrhée et puis d'un accablement général. Sa figure prit également le caractère cholérique, tout enfin annonçait chez lui la funeste maladie que nous venons de décrire. La somnolence même fut beaucoup plus profonde et plus prolongée que chez Mlle G., et c'est vainement qu'à tous les moyens précédemment indiqués, je joignis la saignée de la jugulaire, l'application de nombreuses ventouses scarifiées. Tout échoua contre la ténacité du mal.

Obs. III. — La sœur de cet enfant âgée seulement de quelques mois, fut prise des mêmes symptômes ; mais la maladie suivit une marche beaucoup plus rapide et l'enleva en quelques jours. J'ai remarqué que, toutes choses égales d'ailleurs, la rapidité de la mésentéro-céphalée était en raison inverse du nombre des années. C'est à dire que très-rapide chez les jeunes enfans, elle marche avec d'autant plus de lenteur chez les autres qu'ils sont plus rapprochés de l'adolescence

Obs. IV. — Dans la même maison, à l'étage supérieur, j'eus à soigner une jeune fille de 8 ans, nommée L....., chez qui l'affection eut une durée bien longue et n'en fut pas moins funeste. Quand je la vis pour la première fois (ce fut à l'occasion d'une maladie de sa mère) elle était pleine de santé, de vivacité, d'intelligence ; et un mois après je la retrouvai dans l'état de torpeur et avec le facies que je me suis efforcé de décrire. La maladie était venue si lentement et si insidieusement qu'elle avait fait de profonds ravages quand je fus appelé. Je pourrais citer encore beaucoup d'autres cas, mais ce serait me répéter continuellement et sans fruit. Cependant, pour donner un autre exemple de la manière insidieuse dont cette maladie débuta et marcha dans les premiers temps, je vais encore citer l'observation de Mme M..

Obs. V. — Madame M.. (1) vint me consulter le 20 avril 1835, avec et pour mademoiselle sa fille, âgée de 10 ans, qu'elle trouvait languissante et qui n'avait de goût à rien. En l'interrogeant, j'appris que quelque temps avant, elle avait eu à sa pension quelques vomissemens et un peu de diarrhée ; que depuis elle était restée nonchalante, triste et toujours disposée à dormir. Cependant, elle se levait, mangeait, buvait et digérait, se promenait même, et rien ne semblait annoncer la maladie grave que courait cette enfant. J'en prévins pourtant la mère, je prescrivis de l'eau de Seltz pour boisson (car je ne connaissais pas encore les bons effets de l'ipécacuanha (voyez obser. 8e), des frictions avec de l'eau-de-vie camphrée sur toute la surface du corps et un vésicatoire à chaque bras. La petite malade parut éprouver quelque soulagement. On cessa les frictions, un des vésicatoires se ferma ; alors le malaise augmenta. On me fit appeler le 12 juin et avec moi deux jours après M. le docteur Baudelocque. Au moment où nous la vîmes ensemble, Mlle M... se plaignait d'une vive douleur au front, et cette douleur qui revenait

---

(1) Cette dénomination appartient à M. *Godefroi-Coutanceau*, qui a présenté sous ce titre une observation, dont les détails ne m'ont pas paru assez circonstanciés pour que j'en fisse usage. *Mémoires de la société médicale d'émulation*, t. I, p. 114, deuxième édition.

(2) Voir le précédent cahier de la *Revue*.

(3) M. B.... habite, dans une vieille maison de la rue Neuve-Notre-Dame, un petit logement de deux pièces. Il appartient à la classe indigente et souffre comme elle de mille privations.

(1) La famille M... jouit au moins d'une grande aisance, mais, comme c'est habituel dans le commerce, tout le logement est sacrifié à la boutique, et la partie privée est étroite et malsaine.

par accès lui arrachait des cris. Sa tête lourde et embarrassée s'entraînait ; ses yeux enfoncés se fermaient malgré elle ; sa voix affaiblie et plaintive n'était articulée que lentement. A tout moment elle faisait de grands soupirs comme pour se débarrasser d'un poids incommode qui l'oppressait. En un mot, elle offrait tous les symptômes que nous avons précédemment énumérés. Averti par de nombreux cas semblables, terminés d'une manière funeste, j'insistai sur la gravité de la maladie et je témoignai toutes mes craintes. Comme le tube digestif paraissait à l'état naturel, ou du moins, exempt d'inflammation, nous résolûmes de porter sur sa muqueuse une vive dérivation. Cependant, on mit d'abord 10 sangsues à l'anus. De la glace fut entretenue sur le front. On donna pour boisson de l'eau de Seltz coupée avec de l'eau sucrée, et des sinapismes furent appliqués aux extrémités inférieures. Le lendemain, on employa l'huile de croton tiglium à l'intérieur et la malade la vomit. On porta dans le gros intestin des lavemens purgatifs et on obtint quelques selles. Malgré tous ces moyens et ceux que j'y ajoutai dans le cours de la maladie, comme les vésicatoires volans placés successivement aux cuisses, aux bras, derrière les oreilles, aux tempes ; comme les potions en même temps purgatives, diurétiques, sialagogues, car il fallait frapper à toutes les portes, Mlle M.. mourut. C'est le 20 avril que la mère me l'amena, c'est le 26 juin qu'elle fut mise en terre.

J'ai besoin pourtant de me délasser un peu de ces tristes tableaux et je vais les abandonner pour rappeler quelques cas plus heureux.

Obs. VI. — Mlle G..., rue Bouttebrie, n° 7, âgée de 10 ans et demi, fut prise, au mois de mai 1835, de vomissemens, de diarrhée, de somnolence invincible et de cet état de torpeur et d'engourdissement que nous avons décrit ailleurs. Ses yeux enfoncés, ses traits tirés, la teinte violacée de son visage; sa respiration mêlée de soupirs ne pouvaient me laisser de doutes sur la nature du mal. Il céda pourtant à une application de sangsues à l'anus, suivie de frictions avec l'alcool camphré sur tous les membres et de quelques minoratifs.

Je ferai remarquer pour appuyer ce que j'ai dit relativement au degré de gravité de la mésentéro-céphalée, dans les divers âges de l'enfance, que Mlle G.. avait 10 ans et demi, et que l'issue favorable de la maladie chez elle concorde parfaitement avec mon assertion. J'ajouterai, pour compléter mon observation au moins sous le rapport des prédispositions, que Mlle G... ne jouit que d'une faible santé et que le logement de sa famille est peu spacieux, situé au 2e au fond d'une cour et ne reçoit de lumière que par une fenêtre donnant sur cette cour.

Obs. VII. — Mlle A..., rue du Grand-Hurleur, n°..., placée dans des conditions à peu près semblables, fut prise comme Mlle G..., des mêmes symptômes, traitée et guérie comme elle par les mêmes moyens, du 19 au 26 avril 1835.

Obs. VIII. — L'enfant de M. H..... (1), âgé de deux ans et demi, demeurant rue de la Lycorne, n° 12, fut prise de la rougeole, et quand celle-ci eut parcouru ses phases, de diarrhée et de vomissemens avec la torpeur, la somnolence, l'engourdissement et le facies que nous avons décrits ailleurs.

J'assistai là, au début de la maladie, et je pus employer les évacuans avant que la réaction inflammatoire, déjà déclarée dans tous les cas précédens, ne me présentât d'autres indications à remplir. Je prescrivis 12 grains d'ipécacuanha dans 4 onces de potion gommeuse à prendre dans les 24 heures : trois lavemens émolliens dans la journée et une infusion légère de mauve édulcorée avec du sirop de gomme pour boisson. L'enfant vomit abondamment dès les premières cuillerées de la potion, et cette circonstance prévue à l'avance et annoncée à la mère n'empêcha pas celle-ci de continuer l'administration de l'émétique.

Le lendemain, les vomissemens et la diarrhée continuaient, mais le facies du petit malade avait totalement changé. Ses yeux étaient moins enfoncés, ses traits moins tirés. La somnolence, l'oppression, la teinte violacée des mains et du visage avaient presque disparu. Le ventre était souple, indolent ; la langue humide et naturelle ; le pouls, toujours fréquent, ne dépassait pas cependant 120 pulsations. La prescription de la veille fut continuée, et ainsi de suite pendant quatre jours, au bout desquels cette médication ayant été abandonnée, les vomissemens et les selles diarrhéïques cessèrent spontanément. Depuis ce moment l'enfant H... n'a cessé d'aller de mieux en mieux.

Quel est le mode d'action de l'ipécacuanha dans cette circonstance? débarrasse-t-il, à titre d'émétiques, les voies digestives du principe délétère quelconque qui semble agir sur elles? produit-il, à titre de dérivatif, une contre-stimulation qui détourne la fluxion cérébrale? Enfin, agit-il comme contre-poison et neutralise-t-il en vertu de cette qualité ce principe délétère que nous sommes tenté d'admettre?

Nous ne pouvons résoudre ces questions, car nous ne pouvons pas démontrer chimiquement la présence du miasme, et ses effets toxiques seuls nous le font supposer. Il faut donc se borner à constater les bons effets de l'ipécacuanha et remettre à d'autres temps la théorie de son mode d'action. Toutefois, si l'analogie peut être invoquée dans de pareilles questions, nous dirons que dans le choléra-morbus, c'est-à-dire dans la maladie qui se rapproche le plus de celle dont nous traitons actuellement, plus les déjections étaient abondantes et répétées, moins il y avait de chances de voir la maladie contracter ce mode cérébral qu'on a qualifié de typhoïde; plus il y avait de chances de voir le malade se rétablir. Or, j'ai vu souvent ces déjections abondantes être spontanées ou du moins n'être pas provoquées par des substances émétiques. On pourrait donc conclure de ce

(1) La famille H..., portée sur les contrôles des indigens du IXe arrondissement, se compose de six personnes qui habitent toutes ensemble dans une seule et même pièce, dont la fenêtre donne sur une petite cour.

fait que l'ipécacuanha n'est utile dans la mésentéro-céphalée miasmatique que par les vomissemens qu'il procure. L'observation même que nous venons de racouter semblerait le prouver, car chez notre petit malade la tolérance ne s'est point établie, et chaque cuillerée de potion a été suivie de vomissemens et de selles. Les effets même étaient si prompts qu'on ne saurait expliquer comment il serait resté dans les voies digestives assez d'ipécacuanha pour agir comme antidote. Son action dérivative ou contre stimulante peut-elle être mise en parallèle avec ses vertus émétiques? non, car j'ai observé que sans vomissement il n'y avait point de salut, et que les dérivatifs les plus énergiques employés dans les premiers cas qui se sont présentés à mon observation, ont constamment échoué. Je ne veux pourtant pas dire par là que cette action dérivative soit nulle; je veux seulement faire remarquer qu'elle est insuffisante et que seule elle ne saurait être efficace. Peut-être en est-il de même de ses propriétés émétiques; car, si l'on ne saurait faire vomir sans contre-stimuler, s'il est impossible de séparer exactement les effets de ces deux manières d'agir, unies si intimement dans la même substance, peut-être est-ce au concours de ces deux propriétés que l'ipécacuanha doit toutes ses vertus. S'il était probable qu'il en fût ainsi nous aurions résolu la troisième question. Il n'est pas rationnel, en effet, de regarder le même médicament comme réactif et comme émétique tout à la fois. Il faut opter entre ces deux manières d'agir, et le choix ne saurait être douteux, puisque l'expérience s'est prononcée pour la dernière. Mais poursuivons nos observations.

Obs. IX. — Mlle J..., âgée de trois ans et demi, demeure avec ses parens, au rez-de-chaussée d'une maison située dans le cul-de-sac Saint-Martial. La chambre unique qui sert d'habitation à toute la famille ne reçoit de jour que par la porte et une fenêtre donnant l'une et l'autre sur la cour. Cette cour est habituellement garnie de fumier, de débris de plantes et de la fiente des coqs et poules qui s'y promènent librement. Enfin, M. J... est cordonnier, sa femme partage ses travaux, et tous deux ont peu de temps à donner aux soins des enfans et du ménage. Voilà plus de raisons qu'il n'en faut pour faire supposer que l'air que l'on respire dans cette habitation est souvent vicié. Quoi qu'il en soit, au commencement de juillet (1835), Mlle J... fut prise de la rougeole, et celle-ci traitée simplement parcourut ses phases habituelles. Quand elle eut disparu, la petite malade tomba dans un accablement profond, dans une anxiété dont les causes sensibles paraissaient être un besoin insurmontable de dormir, d'une part, et de l'autre, une oppression, une gêne de la respiration qui la réveillaient en sursant, la faisaient soupirer et se plaindre et se porter çà et là dans son lit comme pour fuir un malaise qui la poursuivait. Cet état avait été précédé de vomissemens et de diarrhée, et était accompagné d'une grande soif, de froid aux extrémités, de la cyanose du visage et des mains, de l'enfoncement des yeux et enfin de cette lenteur si remarquable de la parole et des gestes que nous avons signalée. Le pouls était fréquent, mais régulier; la langue humide, blanche à sa surface, rosée sur les bords; le ventre souple, indolent. Le diagnostic ne pouvait être douteux, Mlle J. avait la maladie que j'appelle mésentéro-céphalée miasmatique. Je lui fis suivre le traitement indiqué dans l'observation précédente.

Les vomissemens furent abondans, et dès le lendemain Mlle J... témoigna du désir pour les alimens. Ses parens lui en donnèrent à mon insu et je ne trouvai pas qu'elle en eût été incommodée. Peut-être même en rendant les vomissemens plus faciles ont-ils été de quelque utilité. Quoi qu'il en soit, Mlle J.... s'est rétablie et depuis elle s'est toujours bien portée.

J'ai traité de même et avec autant de succès les enfans de MM. Dupin, rue des Marmousets, 28; Lenfant, rue du Chevet Saint-Landry, n° 5; Bourgeaud, rue Neuve-notre-Dame, n° 18; Goussard, Marché-Neuf, n° 36; Picard, rue Chanoinesse, n° 22. Cependant et pour tout dire, l'ipécacuanha, employé quand la réaction inflammatoire du tube intestinal est arrivée, ne jouit plus de la même efficacité. Il n'est plus alors qu'un dérivatif dont il faut être sobre, car il doit agir sur des surfaces enflammées, et je l'ai vu dans ce cas provoquer des vomissemens sans avantage, ballonner le ventre sans dégager la tête, en un mot nuire quand il n'était pas inactif.

Obs. X. — Le petit G..., âgé de 6 ans, venu récemment à Paris avec ses parens, habitait au n° 19 de la rue Aux-Fèves, un logement composé de deux pièces étroites et mal aérées. Le 25 mai 1835, il fut pris sans cause bien connue de vomissemens, de diarrhée avec soif ardente, froid des extrémités, anxiété de la respiration, somnolence, abattement général et facies spécifiques; 6 sangsues à l'anus, sinapismes aux mollets, cataplasmes sur le ventre, mauve édulcorée pour boisson, lavemens à l'eau de graine de lin, diète absolue. Le lendemain il y a rémission générale de tous les symptômes et les parens pensent ne plus avoir besoin de mes visites. Cependant le petit J.. reste tout malingre. S'il mange il vomit ses alimens et la diarrhée reparaît. S'il veut se livrer à quelque exercice il est dompté par un malaise, par un accablement qui l'en détournent.

Quelques jours se passent et l'on me fait appeler de nouveau (1er juin). Je trouve mon petit malade enfoncé dans ses draps, endormi, suant. Il a beaucoup maigri et ses chairs semblent transparentes. Son pouls est toujours fréquent, la respiration légèrement accélérée, sa langue *pictée*, c'est-à-dire recouverte d'un enduit blanchâtre semé de points rosés formés probablement par la saillie des papilles à travers cet enduit; les bords de cet organe non plus que la pointe ne présentent point de rougeur anormale.

L'appétit est nul, la soif modérée, l'épigastre douloureux, le ventre légèrement ballonné. 6 sangsues à l'épigastre, mauve édulcorée, lavemens amidonés, cataplasmes émollients, diète. Ce traitement, à l'exception des sangsues, est continué du 1er au 6 juin. La douleur abdominale s'amende, mais le pouls reste fébrile avec redoublement le soir, la tête lourde, la somnolence habituelle. L'appétit se fait néanmoins sentir; mais les

alimens redoublent le malaise. L'amaigrissement continue. Fomentations émollientes sur le ventre, frictions sur les membres avec la teinture éthérée de digitale pourprée, boissons diurétiques, lavemens amidonés; diète très-légère. Je voulais, par cette médication, combattre tout à la fois les restes de l'inflammation entéro-mésentérique et l'épanchement cérébral que j'ai toujours supposés d'après les symptômes relatés ci-dessus et dans les cas précédens. Je ne revis plus le petit malade que le 6 juillet, époque à laquelle les symptômes cérébraux étant devenus plus menaçans, je joignis à la médication précédente, qui avait été suivie tant bien que mal en mon absence, l'administration de l'ipécacuanha qui m'avait si bien réussi dans d'autres cas. Je secondai son action par une once de sel de Glauber dans un lavement ordinaire et par des vésicatoires aux mollets.

Le ventre se ballonna, les selles devinrent involontaires, et tout cela sans amendement des symptômes cérébraux. Je fis alors cesser l'ipécacuanha, reprendre les lavemens amidonés, faire des frictions sur le ventre avec de l'huile de camomille camphrée et continuer les boissons et les frictions diurétiques.

Le ventre se détendit, mais le pouls, toujours fréquent, devint de plus en plus petit, la respiration plus anxieuse. Les facultés intellectuelles s'abolirent, le malade perdit la parole, la vue, l'ouïe. Les pupilles se dilatèrent à tel point que l'iris ne forma plus bientôt qu'un cercle dont l'aire égalait presque l'étendue de la cornée transparente. Les yeux se mirent à rouler dans leurs orbites de droite à gauche en suivant un mouvement uniforme et lent. Tout le corps se couvrit d'une sueur froide. Quelques mouvemens convulsifs survinrent, et le malade s'éteignit.

Ses parens refusèrent de laisser faire l'autopsie.

Vers le mois de septembre 1835, la fréquence des cas de mésentéro-céphalée sembla se ralentir, et surtout la marche de cette maladie devint plus insidieuse. Presque tous les symptômes qui la rendaient si évidente, si facile à reconnaître dans les premiers temps, avaient disparu, et il fallait l'avoir suivie dans tous ses degrés et sous toutes ses formes comme j'eus occasion de le faire, pour la reconnaître encore ainsi défigurée. Mais si les symptômes semblaient amendés, l'essence de la maladie subsistait encore, et malgré l'espèce de spécifique que je croyais avoir trouvé dans l'ipécacuanha, je perdis encore quelques malades.

Je vais en citer deux exemples et parce qu'ils confirment ce que je viens d'avancer, et parce que l'autopsie, qu'enfin il m'a été permis de faire, servira de complément à l'histoire de cette maladie.

Obs. XI. — Le fils de M. Caron, ferblantier, âgé de 33 mois, fut pris de la rougeole dans le courant de septembre 1835, et quand elle eut parcouru les phases habituelles, d'un assoupissement accompagné de fréquence du pouls, mais sans changement de facies à l'exception des yeux qui étaient légèrement enfoncés, sans vomissemens ni diarrhée, sans indice de douleurs soit à la tête, soit à l'abdomen, sans cette gêne de la respiration, ces fréquens soupirs que nous avons signalés dans nos premières observations, je n'en fus pas moins tout d'abord fort inquiet sur l'issue de cette maladie que je rapportais à la mésentéro-céphalée, bien que la plupart de ces symptômes manquassent en cette circonstance. Le malade était gros, fort et coloré. Je crus ne devoir pas recourir à mon moyen empirique uniquement administré, je lui associai le traitement antiphlogistique. (Les sangsues derrière les oreilles, des sinapismes aux extrémités inférieures, des lavemens purgatifs, des frictions avec la teinture éthérée de digitale pourprée et des applications continues d'eau froide sur le front.) L'enfant eut d'abondantes évacuations et par en haut et par en bas, mais l'assoupissement persista. Quatre nouvelles sangsues et la potion avec l'ipécacuanha furent prescrits une seconde fois, puis une troisième, et ne modifièrent en rien l'état du malade. Des vésicatoires furent appliqués aux extrémités inférieures et entretenus sans plus de succès. Dans ces entrefaites, la respiration devint sifflante, il survint de l'oppression. Quatre sangsues, placées au-dessous des clavicules, et des cataplasmes émolliens, appliqués sur la partie antérieure de la poitrine, conjurèrent ces accidens. Chaque soir ramenant plus de chaleur et d'agitation et les évacuans n'ayant aucun bon effet, je fis donner dans la journée le sulfate de quinine à la dose de douze grains dans quatre onces de potion gommeuse. Cette médication, continuée avec persévérance, n'eut pas plus de succès que les autres. A l'agitation simple succédèrent de véritables convulsions. Les yeux s'enfoncèrent de plus en plus et se couvrirent de cet enduit terne qui précède et accompagne la mort. Celle-ci en effet ne tarda pas à venir.

Autopsie. — Les vaisseaux des méninges sont gorgés de sang. Le tissu de l'arachnoïde est injecté et, dans quelques points, il a perdu sa transparence par le fait de cette injection. La substance cérébrale est normale; les ventricules contiennent un peu de sérosité. — *Poitrine.*—Rien d'anormal. Les poumons sont sains, crépitans, gorgés de sang dans les seuls points déclives. Le cœur n'offre rien d'extraordinaire, le péricarde contient un peu de sérosité transparente. — *Abdomen.* — L'estomac et les premières parties de l'intestin grêle n'offrent rien de particulier. Mais à mesure qu'on avance, on trouve de distance en distance une injection bien prononcée des valvules conniventes. Dans ces points le feuillet séreux participe à l'injection et l'on peut suivre les vaisseaux qui de l'intestin se rendent aux glandes mésentériques. Celles-ci sont tuméfiées et d'une teinte violacée. Les gros intestins sont naturels. Le cæcum seul est injecté autour d'une ulcération superficielle de la muqueuse, ulcération qui n'a pas plus d'une demi-ligne de diamètre. Le foie et la rate étaient sains. Les autres organes n'ont pas été examinés.

Obs. XII. — L'enfant de M. Lercelet, rue du Foin-Saint-Jacques, n° 38, fut pris de vomissemens et de diarrhée qui cédèrent bientôt et furent remplacés par un malaise général et de la somnolence. Lorsque je le vis il y avait plusieurs jours que son état durait. La somnolence n'était pas invincible, mais l'enfant témoignait beaucoup de mécontentement quand on l'éveillait

et retombait aussitôt dans son sommeil. Ses yeux étaient légèrement cernés. Ses facultés intellectuelles intactes; sa tête indolente; son ventre souple, mais un peu douloureux autour du nombril; ses urines et ses selles naturelles. Le pouls était à peine un peu plus fréquent que dans l'état normal. La respiration n'avait rien de particulier, et ce n'était que lorsqu'on éveillait le petit malade qu'il poussait quelques soupirs comme on le fait lorsque, dans l'état de santé, on est accablé par le besoin de dormir et que dans cet instant on vous tourmente. La face n'avait également rien d'extraordinaire, ni dans sa coloration ni dans son expression. On aurait aisément pris cette maladie pour un sommeil naturel. Et pourtant elle eut la même ténacité et la même issue funeste que dans le cas précédent. Les antiphlogistiques, les dérivatifs, les révulsifs furent employés inutilement. Le quinquina lui-même échoua contre l'intermittence assez bien dessinée des accès. La somnolence devint chaque jour plus profonde. Il y eut même cela de particulier, que le petit malade fut en proie à du délire ou plutôt à des songes dans lesquels il parla des personnes et des choses qui l'intéressaient alors qu'il était en santé. Il eut aussi des crises pendant lesquelles la parole lui manqua tout à coup et lui revint ensuite. Il arriva ainsi au onzième jour de sa maladie, et la seule chose qui me fit présager sa fin prochaine fut l'examen de ses yeux et de son pouls. Ils étaient éteints, et pourtant la coloration du visage, la tranquillité de la respiration faisaient dire aux assistans que ce pauvre enfant était mieux. Quelques heures après il était mort.

L'autopsie me fit découvrir les mêmes particularités que dans le cas précédent. Seulement l'injection des méninges était moindre et l'épanchement de sérosité plus considérable (deux onces de liquide au moins); la membrane des gros intestins était intacte.

Singulière maladie nerveuse.

Alberto Cezare Pimazon, d'Isola Porcarizza, village du pays Véronais, est né de parens robustes; quant à lui-même, quoique d'une constitution grêle, il se conserva en bonne santé jusqu'au mois de septembre 1832; il était alors âgé de dix ans. Dans le courant de ce mois, il eut un jour une grande frayeur; le lendemain de cet accident il éprouva un accès nerveux de courte durée, mais qui, ayant reparu promptement, continua dès lors à se manifester avec de singulières alternatives. Cet accès ne variait pas moins dans sa forme que dans sa durée et sa fréquence. Tantôt c'était un état soporeux, tantôt des convulsions terribles et celles-ci ressemblaient parfois aux soubresauts de l'épilepsie, parfois à la danse de Saint-Guy, le plus souvent cependant elles avaient une forme indéterminée. Le malade tombait à plat ventre ou pouvait se tenir droit; quelquefois il perdit l'usage de ses sens, souvent les conserva dans un état complet d'intégrité. En un mot, il est impossible de rencontrer deux accès parfaitement semblables. Leur plus courte durée a été d'une minute; la plus longue de deux heures et demie. Pour ce qui est de leur fréquence, quoique ces accès aient cessé complétement pendant quelques jours, ils ont d'ordinaire été beaucoup plus fréquens. Son père rapporte qu'il en a eu jusqu'à dix et douze en une demi-heure. Ce qu'il y eut de constant dans ces accès, c'est une sensation vague que le malade éprouvait dans la poitrine, il la compare au glissement d'un vers. Cette douleur naît d'ordinaire de l'hypocondre gauche, s'élève de ce côté vers la bouche qu'elle ne dépasse jamais; quelquefois cependant elle suit sa route du côté droit. Le petit malade montre automatiquement avec la main la route parcourue par cette sensation, il s'efforce à l'arrêter dans son trajet jusqu'à ce qu'une fois arrivé à la bouche, le paroxysme cesse. A la première apparition de la maladie, on lui ordonna de l'huile de ricin : l'administration de ce médicament détermina l'évacuation d'un grand nombre de lombrics et les accidens nerveux cessèrent pendant quelque temps.

Cependant cette affection n'était que suspendue, elle ne tarda guère à reparaître. On fit usage de divers purgatifs, tels que l'eupatoire, la tanaisie, le calomel, etc. Les effets de ces purgatifs furent les mêmes que ceux de l'huile de ricin. Mais chacun de ces médicamens après avoir fait disparaître une fois la maladie, la faisait reparaître de nouveau si l'on en reprenait l'emploi. La maune surtout produisit ce phénomène d'une manière bien tranchée. Plusieurs médecins constatèrent l'existence d'un phénomène si remarquable. L'instant où les convulsions reparaissaient à la suite de l'ingestion d'un médicament déjà employé était celui où cette substance se mettait en contact avec l'estomac. Les guérisons et les rechutes continuèrent ainsi pendant six mois; on prit alors la résolution d'abandonner les anthelmintiques et de recourir aux médicamens qui exercent une action spéciale sur le système nerveux. Parmi ceux-ci on employa l'assa-fœtida, la jusquiame, le cuivre ammoniacal, les fleurs de zinc, le magister de Bismuth, la strychnine, etc.; généralement les premières doses de ces agens produisirent des résultats avantageux, leur répétition au contraire eut des effets nuisibles. On essaya aussi le sulfate de quinine, mais l'administration d'un seul grain de cette substance détermina un accès tellement grave que l'on ne put pas revenir à l'emploi du remède. L'ail, au contraire, agit d'une manière inverse; en effet, pendant quatre mois son odeur seule suffisait pour rappeler l'accès, et au bout de ce temps, il prit fantaisie au malade d'en éplucher une gousse et de la manger sans qu'il en ressentît aucune incommodité. Quoique ses attaques se soient reproduites sous l'influence des circonstances ci-dessus mentionnées, cependant c'était d'ordinaire spontanément et sans cause manifeste qu'elles se montraient.

Ce n'est pas tout : quoique les accès se soient reproduits par centaines, cinq seulement eurent lieu hors de la maison où demeurait l'enfant; et cependant il est à noter qu'Alberto passait les deux tiers du jour hors du toit paternel. Durant le sommeil, ils ne se montrèrent

presque jamais; trois mois après la première apparition du mal, la famille du malade changea d'habitation, mais les choses n'en continuèrent pas moins comme auparavant. Souvent il restait en compagnie de ses camarades aux alentours de la maison et plus d'une fois devant la porte même, mais toujours sans danger. Sur les cinq fois où il fut pris d'accès hors du domicile de son père, il se trouva deux fois avec celui-ci, soit à Venise, soit à Montagnana; deux autres fois ce fut dans la rue de son village, il était avec ses amis; la cinquième fois, il se trouvait chez un de ses oncles, et quoiqu'il y soit allé trois fois depuis qu'il est malade, il n'y a pas éprouvé d'autre accident.

Tous les autres moyens étant inefficaces, on fit alors usage de celui qu'offrait la nature même de la maladie. On le fit sortir de la maison paternelle et on le confia aux soins d'un prêtre, chez lequel il vécut pendant six mois, sans que sa santé éprouvât aucune atteinte. Seulement dans les premiers jours de janvier, on le fit dîner avec sa famille et il fut attaqué d'un de ses accès, ce qui contribua encore à affermir ses parens dans leur résolution de l'éloigner. Depuis ce temps il a éprouvé seulement une fois la sensation bien connue qui caractérisait ses accès. C'était dans une église, mais cette impression a été légère et fugace. Le docteur Zerloth qui rapporte cette observation a observé récemment cet enfant; il lui a trouvé toutes les apparences de la santé; sa constitution est grêle, sa taille élevée, sa physionomie douce et légèrement mélancolique, et son esprit bien développé. A l'examen de l'épine M. Z. reconnut que la pression sur la première vertèbre dorsale était douloureuse; c'est après des pressions réitérées qu'il dit s'être convaincu de la réalité du fait.

(*Giornale per servire ai progressi della pathologia*, tom. I, Fasc. I. — *Venezia.*)

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

AVRIL 1836.

Description du col de l'utérus chez la femme jeune et nullipare; influence de l'âge et des grossesses sur l'état du col examiné au spéculum, par le docteur Marc D'Espine, de Genève.

Le col de l'utérus, examiné au spéculum chez une femme saine et qui n'a point été enceinte, se présente sous la forme d'un petit mamelon ayant plus de saillie que d'extension à la base, situé au fond et toujours un peu au-dessus de l'axe du vagin. Sa coloration est le plus souvent en rapport avec celle du vagin et varie entre les nuances rose-pâle, rose ou rose-violacé; elle n'est jamais vive dans l'état de santé. L'orifice du col, toujours chez la femme saine et nullipare, se présente sous la forme d'un pertuis ou triangulaire ou rond, constamment d'un fort petit diamètre; les petits diamètres vertical et horizontal sont toujours sensiblement égaux. Les dimensions approximatives peuvent être évaluées comme il suit : le diamètre du col à sa base n'excède guère 6 à 9 lignes, la perpendiculaire abaissée du sommet du col à la base, qui en mesure la saillie, est ordinairement de 8 à 10 lignes, les diamètres de l'orifice ont une à deux lignes de plus.

Cette description générale est limitée par quelques exceptions : sur 25 femmes nullipares examinées une ou plusieurs fois au spéculum, 22 rentrent dans la description précédente, 7 font exception. Chez ces dernières, 4 fois le col s'est rencontré volumineux, 3 fois il s'est trouvé peu proéminent ou même tout à fait applati. Chez deux seulement, l'orifice au lieu d'être rond ou triangulaire, était linéaire, comme fermé, mais alors cette sorte de fente n'était que d'une à 2 lignes et toujours beaucoup plus petite que celle qu'on rencontre chez les femmes qui ont fait un ou plusieurs enfans, comme nous le verrons bientôt : de telle sorte qu'on peut dire que l'orifice du col, presque toujours triangulaire ou rond, très-rarement linéaire, est constamment petit, et n'offre jamais plus d'une ou 2 lignes de diamètre chez la femme qui n'a pas fait encore d'enfant.

L'âge ne paraît pas avoir une influence marquée sur la femme et les dimensions du col; car on ne rencontre sur les 7 cas exceptionnels qu'une femme ayant plus de 30 ans, tandis que sur les 22 autres, 3 ont également dépassé cet âge; le rapport de 1 à 3 est à peu près celui de 7 à 22.

Si l'âge n'amène par lui-même aucune modification visible au spéculum dans l'état du col, il n'en est pas de même des grossesses.

Dès qu'on examine le col d'une femme qui a fait un ou plusieurs enfans à terme, on le trouve d'abord passablement augmenté de volume, plus ou moins aplati; de telle sorte que les diamètres de la base sont toujours sensiblement plus grands que la perpendiculaire qui mesure sa saillie; il n'a plus la forme mamelonée, et peut être plutôt comparé, sinon pour le volume, du moins pour la forme, à une tartelette. Quant à l'orifice, ce qui était l'exception chez les femmes nullipares devient la règle : il est presque toujours linéaire et n'affecte presque jamais la forme ronde ou triangulaire. La longueur de la fente varie, mais elle est toujours au moins de 3 lignes et peut avoir jusqu'à 6 et 8 lignes de longueur transversale; dans un cas, je l'ai trouvée d'un pouce. Quelquefois cette ligne est droite et transversale, d'autres fois elle est sinueuse et déchiquetée.

Il n'existe pas de très-grandes différences entre les femmes qui ont fait un ou un grand nombre d'enfans : c'est ainsi que le col est plus ou moins gros; l'orifice toujours ou linéaire ou sinueux est plus ou moins long; mais chez plusieurs femmes primipares, on trouve l'orifice aussi étendu en longueur que chez certaines qui ont eu successivement 2, 3, 4, 5 et 6 enfans. Cependant, en moyenne, il est vrai de dire que le col est d'autant plus gros, l'orifice d'autant plus grand que le nombre des enfans a été plus considérable.

Sur 22 femmes qui avaient été toutes enceintes une ou plusieurs fois, et dont j'ai relevé l'histoire avec assez de détails sur le point qui nous occupe, 4 d'entr'elles n'avaient fait encore qu'une fausse couche lorsque je les observai, 12 avaient eu un accouchement à terme, 8 avaient fait deux enfans, 3 en avaient fait trois; 4 en avaient eu successivement un plus grand nombre.

Si l'on excepte la première classe de femmes, dans chacune des classes suivantes on trouve des orifices de col mesurant 4 et 5 lignes. Une femme qui n'avait eu qu'un enfant, a présenté un orifice linéaire de 6 lignes, tandis qu'une femme qui avait fait 4 enfans, en présentait un de 4 à 5 lignes. Cependant une femme qui avait eu 8 enfans offrait un orifice utérin d'un pouce de diamètre.

Ainsi, quoique, en règle générale, le col soit d'au-

tant plus gros et aplati, l'orifice d'autant plus linéaire et large, que la femme a fait un plus grand nombre d'enfans, la loi n'est pas mathématique, et sans doute d'autres causes peuvent agir concurremment avec cette loi, telles que les circonstances de l'accouchement, la grosseur de l'enfant, etc. Aussi l'examen au spéculum donne des différences beaucoup plus tranchées entre la femme qui n'a pas fait d'enfans et celle qui en a fait un, qu'entre celle-ci et celle qui en aurait eu un plus grand nombre.

Il existe un passage entre les femmes nullipares et les femmes primipares, je veux parler de celles qui n'ont été enceintes qu'une fois, et qui sont accouchées avant terme. 4 femmes sur les 32 ont été dans ce cas. Chez l'une, dont la date de la fausse couche n'est pas indiquée, le col était petit, et tout au spéculum paraissait être dans l'état où se trouvent les femmes nullipares. Les 3 autres avaient fait une fausse couche de 6 mois, une de 3 mois (1) et une de 2 mois. Elles présentaient toutes trois un col d'un médiocre volume, en forme de mamelon, c'est-à-dire, très-proéminent; chez les premières, l'orifice était elliptique, chez les 2 autres, linéaire, (la dernière présentait une ligne un peu déchiquetée); dans les 3 cas, de 2 lignes de diamètre environ.

Ce petit diamètre de l'orifice qui ne s'est rencontré chez aucune des femmes qui avaient eu des enfans, ainsi qu'une légère augmentation de volume du col sans changement de sa forme, me paraissent être ensemble les deux meilleurs moyens de diagnostiquer cet état mixte entre la femme qui n'a jamais conçu et celle qui a eu un enfant.

Sur les 83 femmes dont j'ai gardé la description du col vu au spéculum, 6 se trouvaient enceintes; et chez 3 d'entre celles-ci seulement la description est suffisamment détaillée. Chez ces femmes le col était plus ou moins volumineux, il était mou, les lèvres étaient gonflées; chez 2 d'entr'elles, l'orifice était tellement dilatable qu'on pouvait y introduire facilement un pinceau assez volumineux. Ce dernier caractère me paraît être surtout important à considérer, puisqu'il ne s'est présenté chez aucune des 77 autres femmes qui n'étaient pas dans les mêmes circonstances.

Il nous reste enfin, pour épuiser le sujet, à nous demander la valeur comme signe, de l'état sinueux ou déchiqueté de l'orifice. Si nous comparons dans nos notes cet état à celui où l'orifice a la forme d'une ligne droite transversale, nous verrons d'abord que ces deux formes se sont rencontrées également chez les femmes qui n'ont fait qu'une fausse couche, une couche ou plusieurs couches successives. Mais la proportion des orifices sinueux semble un peu augmenter à mesure qu'on passe aux femmes qui ont fait un plus grand nombre d'enfans, tandis que celle des orifices sinueux devient un peu moindre; de telle sorte que, de l'état déchiqueté ou sinueux de l'orifice, on doit inférer la probabilité d'un plus grand nombre de couches antérieures. Cependant il se pourrait fort bien que les circonstances plus ou moins difficiles de l'accouchement, les accidens, déterminassent cette sorte de lésion du col due au premier accouchement, et même dès la première fausse couche. C'est ainsi que la femme déjà citée plus haut, qui n'avait encore jamais fait qu'une fausse couche, provoquée par un coup-de-pied reçu dans le ventre, présentait un orifice petit, il est vrai, mais déchiqueté.

Tels sont les résultats que j'ai pu tirer, relativement au diagnostic des grossesses antérieures, d'une collection de 120 observations ou notes que j'ai conservées sur des examens au spéculum périodiques et réguliers, faits à l'hôpital des Vénériens, où j'étais interne pendant l'année 1832.

Ils me paraissent assez dignes d'intérêt en eux-mêmes, et méritent bien d'être vérifiés par d'autres observateurs. Je sais fort bien que le toucher donne plusieurs faits diagnostiques précieux sur ces mêmes questions; mais on m'avouera qu'il laisse encore planer trop de vague sur plusieurs points, pour qu'on ne saisisse pas avec empressement cette nouvelle voie ouverte à la confirmation de ces données. L'examen au spéculum aidera le toucher dorénavant, comme l'auscultation est venue aider la percussion, pour le diagnostic des affections thoraciques.

Sans doute, un bon renseignement, donné par la femme qu'on examine, est encore un moyen plus sûr, ou au moins aussi sûr pour arriver à connaître toutes les circonstances relatives à sa vie passée, que le toucher et le spéculum réunis; mais combien n'est-il pas de cas médico-légaux où le témoignage d'une femme et de ceux qui l'entourent devient suspect et demande un contrôle tiré de tous les moyens médicaux d'exploration que nous possédons.

J'en ai assez dit, je crois, pour faire comprendre le parti qu'on peut tirer d'observations relatives à ce sujet.

(1) La fausse-couche de trois mois fut provoquée par un coup de pied reçu dans le ventre.

Recherches d'anatomie pathologique sur une forme particulière de dilatation et d'hypertrophie du cœur; par M. Beau, interne à l'hôpital Necker, membre de la Société anatomique. (Mémoire présenté à l'Institut, le 28 mars 1836).

Obs. Ire. — Le 2 juillet 1834, il vint à l'hôpital Necker une femme âgée de 42 ans, qui présentait des signes évidens de péricardite; savoir : une dyspnée extrême avec altération des traits de la face; un pouls petit, irrégulier; quelques syncopes, des palpitations; une douleur vive à la région précordiale, avec une matité de la même région, qui, du bord droit du sternum, s'étendait transversalement et à gauche dans un espace de six pouces, et qui occupait à peu près la même étendue en hauteur. Cette femme était alitée depuis le 17 juin, jour où la maladie s'était déclarée subi-

tement par la douleur de côté et la dyspnée qui, dès ce moment, étaient allés toujours en augmentant, et elle nous assura n'avoir jamais éprouvé ni étouffemens, ni palpitations avant cette époque.

Des applications de sangsues, de ventouses scarifiées, faites à plusieurs reprises sur le siége du mal, soulagèrent la malade pendant les huit premiers jours de son séjour à l'hôpital, et sous leur influence on vit diminuer sensiblement l'étendue qu'occupait la matité de la région précordiale; mais bientôt, la dyspnée et l'irrégularité du pouls reprirent une augmentation due en grande partie à une double pleurésie intercurrente dont on constata l'existence, et la malade mourut le 2 juillet.

Le lendemain, on procéda à l'autopsie. On pratiqua d'abord la percussion de la région précordiale, et ensuite on enleva la partie antérieure du thorax au moyen de deux sections latérales, en ayant soin toutefois de la détacher avec précaution du sac fibreux du péricarde. Celui-ci apparut alors dans toute son étendue. Sa direction était normale, c'est-à-dire, qu'il était légèrement incliné en bas et à gauche. Il était large à sa partie supérieure, et terminé en pointe arrondie à la partie inférieure. Son volume était considérable, et répondait assez exactement à l'espace de matité limité sur la paroi thoracique avant l'ouverture de la poitrine, ce dont on s'assura en remettant les parties dans leur position naturelle. Je cherchai alors à donner issue au liquide que je supposais remplir le sac du péricarde, en faisant une ponction dans sa partie antérieure; mais il n'en sortit rien, et je m'aperçus bientôt que l'instrument avait pénétré dans le tissu propre du cœur, dont l'adhérence au péricarde était intime dans tous les points, et se trouvait opérée par l'intermédiaire d'une substance demi-cartilagineuse, épaisse d'une ligne environ, et difficile à déchirer. Il suit naturellement de ce que je viens de dire, que le volume du cœur produisait à lui seul cette ampliation du péricarde qui avait d'abord fait croire à une accumulation de liquide dans son intérieur, en y ajoutant toutefois la faible épaisseur de la pseudo-membrane demi-cartilagineuse qui unissait les deux feuillets séreux. Le cœur était donc énorme; il avait en effet cinq pouces de largeur à sa base, et six pouces et demi de longueur; il était aplati par son propre poids, et le tissu en était molasse. Ce volume remarquable du cœur tenait surtout à l'agrandissement de ses cavités, dont les rapports de capacité entr'elles étaient pourtant normaux. Les parois avaient également leurs rapports ordinaires d'épaisseur, et étaient toutes hypertrophiées. Ajoutons qu'il y avait un caillot fibrineux dans le ventricule droit, un autre plus petit dans le ventricule gauche. Quant aux membranes internes elles étaient saines, ainsi que les valvules des différens orifices. Il y avait du liquide purulent dans les deux plèvres, etc., etc.

La première question à résoudre après le fait que je viens de rapporter, était de savoir d'où provenait l'augmentation de volume du cœur. Elle n'était pas antérieure à la péricardite, car la malade ne s'était jamais plaint d'étouffemens ni de palpitations avant cette dernière affection. Elle était donc l'effet de l'inflammation du péricarde. Mais comment cette inflammation avait-elle agi pour augmenter le volume du cœur? Etait-ce par son extension au tissu charnu de l'organe? Cette supposition ne tenait pas en réfléchissant aux faits nombreux de péricardite où le cœur a conservé ses diamètres ordinaires. Restait donc, comme dernière explication, celle qui était fournie par la circonstance même de l'adhérence des deux feuillets séreux du péricarde, et qui se présentait ainsi : dans les premiers temps de la maladie, le sac du péricarde, ayant été distendu par le liquide sécrété, avait acquis un volume considérable. Plus tard, ce liquide ayant disparu de sa cavité et y ayant été remplacé par un produit pseudo-membraneux, il y avait eu, comme conséquence de cette transition, un double mouvement de traction opéré par les fausses membranes. l'un sur le sac du péricarde qui avait été attiré de dehors en dedans; l'autre sur la périphérie du cœur qui, au contraire, avait été attirée de dedans en dehors; et notons que cette traction avait agi de concert avec la tendance naturelle qui portait les deux organes à se rapprocher pour s'opposer par là au vide qui devait résulter de la disparition du liquide épanché. Ainsi, pendant que, d'un côté, le péricarde éprouvait une action de retrait sur son centre, et diminuait de volume, de l'autre le cœur subissait une augmentation dans ses différens diamètres, qui tenait surtout à l'ampliation de ses cavités. De plus, comme la traction que le cœur avait subie s'était exercée sur tous les points de sa surface, toutes ses cavités avaient prêté de la même quantité à peu près, et voilà pourquoi leurs rapports ordinaires de capacité avaient été conservés. Quant à l'hypertrophie de leurs parois, elle rentrait dans la loi générale de formation des hypertrophies, établie par Corvisart, c'est-à-dire, qu'elle devait être considérée comme un surcroît de texture et d'organisation musculaire au moyen desquelles le cœur pouvait lutter avec moins de désavantage, d'un côté, contre le sang dont la quantité à expulser était devenue considérable par suite de l'ampliation des cavités, et de l'autre, contre les brides pseudo-membraneuses qui empêchaient l'entier exercice de son resserrement contractile (1).

---

(1) La théorie de Corvisart est fondée, par analogie, sur l'augmentation que subissent les muscles de la vie animale, quand ils sont soumis à de longs ou violens exercices, et elle paraît très-légitime. Celle qu'on a cru devoir lui substituer l'est beaucoup moins. D'après celle-ci, l'inflammation serait la cause de l'hypertrophie, parce qu'il arrive quelquefois de rencontrer un développement anormal des fibres musculaires de la vessie et de l'estomac enflammés. Comme si dans le cas de cystite et de gastrite il n'y avait pas le plus souvent des contractions répétées des fibres musculaires vésicales et stomacales, dont l'influence sur le développement de ces fibres est bien plus concevable que celle de l'inflammation! Cette théorie sera peu vraisemblable tant qu'elle ne reposera pas sur la même base que celle de Corvisart, c'est-à-dire tant qu'on n'aura pas prouvé que les muscles de la vie animale, maintenus en repos, peuvent s'hypertrophier à la suite d'une inflammation aiguë ou chronique.

Ajoutons que ces obstacles étant les mêmes pour les différens points des parois, elles avaient reçu un renforcement musculaire proportionnel à leur épaisseur naturelle, et cela expliquait encore pourquoi leurs rapports d'épaisseur n'étaient pas plus détruits que les rapports de capacité de leurs cavités.

Cette explication, basée sur le concours de la force de traction des fausses membranes qui s'organisent (1), et de la tendance qu'ont les organes à se rapprocher pour prévenir la formation d'un vide, me parut la seule capable de résoudre convenablemant la question que je m'étais proposée, sur l'augmentation du cœur dont il s'agit ici. Je ne pouvais pas cependant l'adopter d'une manière absolue ; car, pour que cette influence des fausses-membranes sur l'état du cœur fut définitivement prouvée, il était nécessaire de savoir si toujours la même cause entraînait le même effet ; ou autrement si, dans tous les cas d'adhérence des deux feuillets du péricarde, il y avait augmentation de volume du cœur. J'avais donc besoin de nouveaux faits : en parcourant mes notes, j'en trouvai un que j'y avais consigné deux mois avant celui que je viens de rapporter, et qui n'avait pas d'abord éveillé mon attention, bien que lui étant assez analogue. Plus tard, j'ai eu l'occasion de rencontrer trois autres cas d'adhérence du péricarde. Voici les extraits de ces quatre observations :

Obs. II. — Un homme âgé de 60 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital Necker le 3 avril 1834. Il avait été affecté de douleurs rhumatismales avec fièvre, dans le courant de l'année précédente, et avait eu depuis ce temps-là des palpitations et de l'étouffement qui, augmentant de plus en plus, le forcèrent à s'aliter deux mois avant son entrée à l'hôpital. Il y avait chez ce malade : teinte jaune-brun, bouffissure de la face, anxiété, oppression, toux convulsive, enflure des membres inférieurs ; le pouls dur, régulier, vibrant ; matité de six pouces en hauteur et en largeur, à la région précordiale ; bruit de soufflet des plus marqués entre le premier et le second bruit normal. Cet état ne subit pas de variations dignes d'être notées ; seulement l'enflure et l'étouffement croissaient peu à peu, lorsque, le 13 avril au matin, le malade mourut subitement en revenant de la garde-robe.

On vit à l'autopsie que le péricarde était volumineux, non recouvert par les poumons, et placé presque longitudinalement, avec une légère inclinaison de droite à gauche et de haut en bas. Le cœur lui adhérait dans toute son étendue et d'une manière intime au moyen de brides celluleuses, courtes et serrées. Il avait cinq pouces de largeur à sa base et six pouces dans le sens longitudinal ; son tissu était mou, et l'organe s'affaissait de lui-même et par son propre poids. Les quatres cavités étaient à peu près égales entre elles, et avaient une capacité considérable ; les parois en étaient beaucoup plus épaisses que dans l'état normal. Le ventricule gauche contenait un caillot fibrineux décoloré, formé de plusieurs couches concentriques et imbriquées dans les colonnes charnues ; deux des valvules aortiques étaient indurées dans leur sommet, et il en résultait un rétrécissement sensible de l'orifice ventriculo-aortique.

Obs. III. — Un homme âgé de 59 ans, d'une forte constitution, et buvant beaucoup de vin (environ quatre litres par jour), s'était assez bien porté jusqu'au mois de mars 1834. A cette époque, il ressentit des douleurs vagues générales, accompagnées d'un léger étouffement ; mais il n'en continuait pas moins ses occupations, mangeant passablement et buvant comme à son ordinaire, c'est-à-dire, beaucoup. Il resta dans cet état de malaise jusqu'au 15 avril suivant. Alors il fut pris tout à coup, dans la nuit, d'une oppression violente qui le força à se mettre sur son séant. Cette oppression diminua un peu sous l'influence de deux saignées qui lui furent pratiquées, mais il ne put se lever qu'au bout de quinze jours, et encore était-il obligé de s'asseoir aussitôt qu'il avait fait quelques pas. Il mangeait peu, et ne buvait qu'un litre de vin par jour. Il entra enfin à l'hôpital Necker, le 3 juillet de la même année, à cause d'un accroissement que son opression avait subi depuis quelques jours. Il avait alors les yeux rouges, saillans, la face apoplectique, les jambes infiltrées. Sa respiration était à 32 par minute, le pouls à 70, petit, très-irrégulier ; les battemens du cœur étaient confus, sans impulsion, et présentaient un bruit de soufflet entre le premier et le deuxième bruit normal ; il y avait à la région précordiale une matité de trois pouces transversalement et de cinq pouces longitudinalement. Cet homme fut saigné, mis à un régime sévère ; mais l'oppression et l'enflure des jambes augmentèrent de plus en plus ; il s'y joignit un délire que rien ne put calmer, et il succomba le 10 juillet.

A l'autopsie, on constata que le sac du péricarde était un peu recouvert latéralement par le bord antérieur des deux poumons. Sa situation était normale ; il adhérait au cœur au moyen de cellulosités nombreuses et résistantes, entremêlées de quelques concrétions puriformes, semi-cartilagineuses à la partie postérieure de l'organe ; l'adhérence était générale, excepté pourtant à la pointe du cœur qui était libre dans une étendue d'un pouce carré. Le cœur avait 4 pouces et demi de largeur à sa base, et 5 pouces de longueur ; le tissu en était mollasse, et l'organe était affaissé sur lui même. Les quatre cavités étaient beaucoup plus grandes que dans l'état normal, et proportionnelles entr'elles ; les parois du ventricule gauche avaient quatre lignes d'épaisseur, celles du ventricule droit, trois lignes, celles des oreillettes une ligne environ. Cette épaisseur des parois du cœur, un peu moindre que dans l'état normal, paraissait minime en comparaison de la dilatation des cavités. La membrane interne du cœur droit était rouge jusques dans les divisions de l'artère pulmonaire, qui présentait çà et là une exsudation membraniforme marquetée de points blancs. Elle était sensiblement épaissie et s'enlevait en détritus au moindre grattage. Les orifices étaient

(1) Cette traction est remarquable dans les cicatrisations étendues.

libres; il y avait du sang noir, demi-fluide, dans les ventricules et les oreillettes.

Obs. IVe. — Un homme âgé de 28 ans, d'une taille moyenne, n'ayant jamais eu de palpitations ni d'étouffemens, entra à l'hôpital Necker, le 16 septembre 1835. Il avait depuis huit jours une affection gastro-intestinale caractérisée par de la douleur à l'épigastre, de la soif, de la rougeur à la langue, de la diarrhée, de la fièvre, etc. Il fut traité par des sangsues à l'épigastre, des boissons délayantes, et au bout de dix jours les symptômes précités étaient amendés. Toutefois la convalescence ne se dessinait pas franchement, et il y avait de temps en temps des exacerbations fébriles. Tout à coup, du 8 au 9 octobre, il lui survint un étouffement avec menace de suffocation. On alla chercher l'élève de garde qui le saigna sans qu'il s'en suivit un grand amendement dans l'état de la respiration, et le lendemain à la visite, on remarqua les symptômes suivans : le malade était sur son séant, la face pâle, altérée et exprimant l'anxiété la plus vive. La respiration était très-accélérée, les battemens du cœur irréguliers, inégaux, tantôt avec, tantôt sans impulsion. Les bruits étaient confus, intermittens, sans mélange de bruits anormaux; le pouls radial presque nul, les extrémités froides, la peau inondée de sueur. Il existait à la région précordiale une matité considérable qu'on oublia de limiter exactement. Il n'y avait de la douleur nulle part. On lui appliqua à plusieurs reprises des ventouses scarifiées sur la région du cœur, la dyspnée diminua un peu, le pouls reparut plus développé, toujours irrégulier; mais la face prit de la bouffissure, les membres inférieurs s'infiltrèrent, et l'individu mourut le 22 novembre.

A l'autopsie, le péricarde se présenta avec un volume extraordinaire, tellement qu'on pût croire à l'accumulation d'un liquide épanché dans son intérieur. Mais il ne s'écoula rien à l'incision que l'on fit pour lui donner issue, et l'on vit que l'instrument avait pénétré dans le tissu charnu du cœur, dont l'adhérence au péricarde était intimement opérée par des filamens celluleux, serrés, courts, et peu extensibles. Cet organe était placé normalement; il avait cinq pouces de largeur à sa base, et six pouces et demi de largeur; il était mou, affaissé sur lui-même; ses cavités proportionnelles entr'elles contenaient du sang noir caillé, et avaient plus du double de leur capacité ordinaire. Les parois du ventricule gauche avaient neuf lignes d'épaisseur, celles du ventricule droit cinq lignes, celles des oreillettes trois lignes. La membrane interne était saine, et les orifices libres.

Obs. Ve. — Un homme de 24 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, qui n'avait pas été malade depuis plusieurs années (ce qu'on apprit par des renseignemens ultérieurs), entra à l'hôpital Necker le 28 novembre 1835. Il était affecté d'une fièvre typhoïde avec prédominance de délire. Il fut traité par la méthode antiphlogistique, et il se trouva mieux pendant deux ou trois jours; mais la maladie reprit une augmentation rapide, et la mort arriva le 10 décembre.

Outre les lésions particulières de l'affection typhoïde dont je ne parlerai pas ici, on trouva que le péricarde était adhérent au cœur dans toute son étendue, au moyen de cellulosités d'ancienne formation. Le cœur était sensiblement plus volumineux qu'à l'état normal. Du moins parut-il ainsi à quelques personnes qui en firent la remarque, sans avoir, comme moi, des idées préconçues à ce sujet. Ce volume tenait à l'augmentation proportionnelle d'ampliation des cavités et d'épaisseur de leurs parois, sans prédominance marquée des unes sur les autres. Il y avait de plus, autour de sa base, une production ossiforme que je ne fais qu'indiquer.

On voit que, dans ces quatre faits, l'adhérence du péricarde coïncidait avec l'augmentation plus ou moins marquée du volume du cœur. Mais on a dû voir aussi que certains d'entr'eux présentaient en sus des lésions qui tendraient peut-être à affaiblir la valeur des adhérences, comme cause de cette augmentation du volume. Ainsi, dans l'observation n° 2, il y avait, avec l'adhérence des feuillets séreux du péricarde, un rétrécissement de l'orifice aortique. Or, l'on doit demander à laquelle de ces deux lésions, l'adhérence ou le rétrécissement, il convient de rapporter l'augmentation de volume de l'organe. Il paraîtra d'abord difficile de répondre positivement à cette question; mais si l'on réfléchit que la dilatation des cavités et l'hypertrophie des parois étaient générales et proportionnelles entr'elles, que de plus il y avait d'autres circonstances anatomiques dont je parlerai ailleurs, lesquelles ne se présentent guère réunies dans les cas d'altération des orifices, on arrivera à reconnaître l'adhérence du péricarde comme cause, sinon unique, du moins principale de l'ampliation du cœur. Dans l'observation n° 3, il y avait, avec l'adhérence du péricarde, une inflammation de la membrane interne du ventricule droit; l'on doit se demander encore, quelle était celle de ces deux lésions qui avait causé la dilatation générale du cœur qui l'accompagnait. Cette question est moins sérieuse que la précédente; car on rencontre si souvent l'inflammation interne du cœur sans augmentation de son volume (1), qu'il serait peu logique dans le cas présent, de la regarder comme cause d'une lésion avec laquelle elle ne se trouve pas ordinairement réunie.

Quoi qu'il en soit des difficultés précédentes, on ne peut nier que la coïncidence de l'adhérence du péricarde et de l'ampliation du cœur, cinq fois répétée dans les cinq faits que j'ai présentés, ne rende très-probable l'action de l'une pour la production de l'autre. La chose paraîtra, je pense, hors de doute, quand on aura vu le résultat des recherches que j'ai faites à ce sujet dans les auteurs. Je m'en vais, pour abréger, le donner sous forme de tableau.

---

(1) Je suppose que l'inflammation n'a pas encore déformé les orifices.

	Cas d'adhérence complète du péricarde coïncidant avec une augmentation de volume du cœur.	Cas d'adhérence complète du péricarde, ne coïncidant pas avec l'augmentation de volume du cœur.
Bouillaud (1).	6.	0
Andral (2).	2.	2
Gendrin (3).	2.	0
Bertin (4).	3.	2
Corvisart (5).	4.	1
Tascheron (6).	4.	2
Dundas (7).	8.	0
Lobstein (8).	1.	0
Archives (9).	5.	1
Total.	35.	8

En ajoutant au chiffre de la première colonne les cinq faits qui me sont propres, on aura donc 40 cas d'adhérences du péricarde accompagnées d'ampliation du cœur, et 8 seulement d'adhérences dans lesquelles cette ampliation n'est pas notée; c'est-à-dire, qu'en supposant de la part des auteurs que je viens de citer, une estimation toujours exacte des diamètres du cœur, quelque peu qu'ils dépassassent les limites ordinaires, leur augmentation a coïncidé avec l'adhérence du péricarde dans les cinq sixièmes des cas. On doit donc conclure de ce résultat, que l'adhérence complète du péricarde exerce une influence sur l'état de volume du cœur; et cette influence est aussi réelle que celle des rétrécissemens d'orifices; car on ne nie pas cette dernière, bien qu'il arrive quelquefois de rencontrer des rétrécissemens sans dilatation notable des cavités.

On pourra maintenant s'étonner que tous les auteurs qui m'ont fourni les matériaux du tableau précédent, se taisent sur le rapport de causalité qui existe entre l'adhérence et l'ampliation du cœur. Ainsi, Corvisart, Lobstein se contentent de dire que l'anévrysme du cœur est souvent compliqué de l'adhérence du péricarde. M. le professeur Andral ne compte pour rien les adhérences dans deux cas où elles étaient accompagnées d'hypertrophie du cœur; il cite ces deux faits pour prouver que cette dernière est souvent produite par l'extension au tissu charnu de l'organe de l'inflammation de ses membranes. M. le professeur Bouillaud soutient la même opinion, et pour la preuve il renvoie également aux observations d'adhérence que je lui ai empruntées. Ce silence de tant d'habiles observateurs sur le rapport de cause à effet entre l'adhérence du péricarde et l'augmentation de volume du cœur, me faisait presque douter que ce rapport existât, et ébranlait, en quelque sorte, la certitude que devait me donner le résultat auquel mes recherches m'avaient conduit, lorsque dernièrement j'ai trouvé dans Haller l'adhérence du cœur signalée comme cause de son ampliation. Voici comment s'exprime ce grand physiologiste : « *Exstant alia exempla (cordis pericardio connati) in quibus hominem sanum fuisse additur, neque ea pauca, mihi tamen hactenus suspecta, quod omnino cordis necessaria libertas ab eo coalitu plurimum patiatur. Cum enim pericardium diaphragmati imprimis coalescat, non poterit cor, cum pericardio connatum, moveri, aut mucronem suum adducere, aut arctari undique, quin diaphragma una adtrahat, elevet sinistramque partem ejus necessarii organi ad dextram antrorsum revellat. Ita certe et spiritum ægrius trahi necesse est, et cum omnino septum transversum suæ tractionæ resista, non poterit mucro cordis dextrorsum ad basin accedere, qui in sinistrâ septi transversi parte retineatur, neque arcum suum, ad anteriora curvum, describere, neque adeò perinde accurate cor arctari. Inde in pluribus exemplis*, per amplum cor fuit cui pericardium connatum esset. *Male enim contractum male evacuatur.* » (1)

Ainsi, Haller pense que lorsque le cœur adhère au péricarde, il doit éprouver la plus grande peine à se contracter, que dès lors ses cavités sont mal évacuées, et c'est pour cela que dans un grand nombre de cas d'adhérences du péricarde, il a vu le cœur très-volumineux, *peramplum*. Il est presque inutile de faire remarquer que, tout en reconnaissant par là l'influence de l'adhérence du péricarde, Haller n'explique son action qu'à demi; car il se contente de dire que la difficulté qui en résulte pour les contractions du cœur, maintient celui-ci dans un état d'ampliation; or, il n'explique pas la cause première de cette ampliation, et l'on ne voit pas comment une évacuation incomplète des cavités considérées d'abord à l'état normal pourrait arriver successivement à tripler le volume du cœur. Ajoutons encore, pour montrer toute la différence qu'il y a entre son explication et celle que j'ai présentée, c'est qu'elle n'embrasse pas l'hypertrophie dont il n'est nullement question dans le passage précité. Mais il ne faudrait pas conclure de cette remarque de ma part, que je suppose l'hypertrophie affecter toujours les cœurs que l'adhérence du péricarde a rendus volumineux; ce serait me prêter une opinion que les faits désavouent. Nous

(1) *Traité des maladies du cœur*. Tom. 1er, pag. 341, 566, 381, 391, 419; tom. II, p. 401.

(2) *Clinique médicale* Tom. 1er, pag. 40, 44, 51, 65.

(3) *Histoire anatomique des inflammations*. Tom. Ier, p. 246.

(4) *Traité des maladies du cœur*. Pag. 247, 254, 258, 261, 264.

(5) *Essai sur les maladies du cœur* (édition de 1811), pag. 34, 39, 42.

(6) *Recherches anatomico-pathologiques sur la médecine-pratique*. Tom. III, pag. 240, 243, 246, 251, 258, 263.

(7) *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, traduites par Deschamps fils; tome Ier, pag. 45 et suivantes.

(8) *Anatomie patholog.*, Tom. II, pag. 418.

(9) Tom. XVIII, pag. 83, tom. XXX, pag. 113, tom. XXI, pag. 268, Tome IV (2e série), pag. 113, 115, 613.

(1) *Physiol.*, tome Ier, p. 289.

voyons en effet dans l'observation n° 3, que les parois du cœur, loin d'être hypertrophiées, étaient au contraire un peu amincies, et que l'augmentation de ses diamètres ne tenait qu'à l'ampliation intérieure des cavités. Corvisart cite un cas à peu près analogue (1). La dilatation simple n'est donc pas impossible dans les faits d'augmentation du volume du cœur par suite d'adhérences, seulement elle est peu commune; et remarquons que la même loi de proportion existe pour les dilatations par suite de rétrécissemens d'orifices; leur coïncidence avec l'hypertrophie des parois fait la règle, et leur simplicité fait l'exception.

Nous avons dit que la tendance du cœur et du péricarde à s'opposer à la formation d'un vide résultant de la disparition du liquide épanché entre eux deux, plus la traction des fausses membranes organisées lors de cette disparition, étaient la cause première de l'ampliation du cœur qui les accompagne. La traction des fausses membranes est double; elle se fait d'un côté sur le cœur dont le volume augmente en tous sens, et de l'autre sur le sac fibreux du péricarde, qui d'abord, violemment distendu par le liquide épanché, diminue au contraire de volume en revenant sur son centre. De cette manière, les fausses membranes rapprochent le péricarde du cœur en leur faisant exécuter à l'un et à l'autre une partie du chemin nécessaire à ce rapprochement, et plus l'intervalle qui les sépare est rendu considérable par l'abondance de l'épanchement plus l'espace que devra parcourir chacun de ces deux organes pour que leur jonction s'opère, est lui-même considérable. Il suit de là que le volume du cœur subit une augmentation proportionnelle à la distension initiale du péricarde, et si l'on rencontre quelquefois des cas d'adhérence complète, où les diamètres du cœur ne dépassent presque pas les limites ordinaires, on doit raisonnablement en chercher la cause dans la faiblesse de l'épanchement primitif (2).

Nous voilà conduits par l'analogie à parler des épanchemens pleurétiques, et de leur terminaison par le rétrécissement de la cavité thoracique. On va voir que les choses s'y passent à peu près comme dans les épanchemens inflammatoires du péricarde. Laënnec signale comme circonstances coïncidant avec les rétrécissemens notables qui surviennent après certaines pleurésies, un épanchement antérieur considérable, et une fausse membrane fibro-cartilagineuse qui unit les deux plèvres costale et pulmonaire (3). Or, partant de là, et faisant pour le thorax le raisonnement que nous faisions précédemment pour le péricarde, nous dirons : si l'épanchement pleural a été abondant, la paroi costale a dû être séparée du poumon par un intervalle considérable, et dès-lors leur rapprochement n'a pu se faire sans qu'il en soit résulté un raccourcissement considérable des diamètres de la paroi. Quant à la cause de ce rétrécissement, elle ne consiste pas uniquement, comme le pense Laënnec, dans la pression de l'air qui refoule la paroi sur le vide qui tendrait à se faire dans la cavité pleurale. On doit admettre qu'il tient en partie à la membrane fibro-cartilagineuse dont la présence, d'après le même auteur, coïncide avec les rétrécissemens considérables de la paroi costale; surtout quand on nous représente cette membrane tendue, adhérente à la paroi, et en dehors d'elle les côtes rapprochées, et les muscles intercostaux plissés. Ce raccourcissement longitudinal de la paroi, ce froncement de ses parties molles, si analogue aux froncemens de la peau produits par les cicatrices étendues, sont un effet bien évident de l'organisation de la fausse membrane, et il est probable dès-lors que son action s'étend aussi sur le poumon qui vient à la rencontre de la paroi costale, comme le cœur à celle du péricarde. Mais, objectera-t-on, pourquoi, s'il en est ainsi, trouve-t-on le cœur augmenté de volume, tandis que le poumon a perdu une partie du sien? Cette différence dans le volume tient à la manière toute différente dont ces deux organes se comportent avec l'épanchement. Dans la péricardite, le liquide s'accumule en distendant le sac du péricarde, et ne change rien au volume du cœur qui conserve ses diamètres ordinaires. Dans la pleurésie, au contraire, la paroi costale prête peu et l'accumulation du liquide ne se fait guère qu'aux dépens du poumon qui est plus ou moins refoulé. Supposons maintenant que le rapprochement résultant de l'organisation des fausses membranes et de la disparition du liquide ait lieu : le cœur, qui a conservé son volume ne pourra que l'augmenter en venant se joindre au péricarde, tandis que le poumon comprimé, atrophié pour ainsi dire, ne reviendra jamais à son état primitif, arrêté qu'il sera dans son mouvement excentrique par la rencontre de la paroi costale. Mais reprenons.

L'augmentation de volume du cœur, avons-nous encore dit, tient à l'ampliation intérieure des cavités, et à l'hypertrophie de leurs parois, mais bien plus à la première qu'à la seconde de ces deux altérations. La dilatation des cavités se développe d'abord, l'hypertrophie arrive ensuite à peu près de la manière suivante. Lorsque le cœur obéit à la traction des fausses membranes, ses parois s'alongent, s'étendent en tous sens, mais en même temps, et cela ne peut se faire autrement : ses cavités s'agrandissent en proportion de l'espace qu'il parcourt pour venir rencontrer le sac du péricarde. L'adhérence de ces deux organes étant une fois établie, il en résulte, comme le fait remarquer Haller, une grande difficulté pour la contraction des cavités qui, étant devenues plus amples, ont une grande quantité de sang à expulser; de plus, elles trouvent dans l'adhérence du péricarde, un obstacle qui leur enlève une grande partie de la force nécessaire pour opérer leurs contractions dont il abrège l'étendue; elles ont besoin d'un renforcement; c'est alors que leurs parois s'hypertrophient. Cette hypertrophie se fait rapidement, et doit être considérée comme une altération protectrice employée par la nature pour la conservation de l'impulsion nécessaire au centre cir-

(1) Ouvrage cité, page 34.

(2) On verra un peu plus loin qu'il y en a une autre cause.

(3) *Traité de l'Auscultation* (édition de 1826), tome II, p. 136 et suivantes.

culatoire. De cette manière, les contractions du cœur sont plus énergiques, et leur intensité compense la gêne que leur apportaient les adhérences du péricarde. Cependant on va voir que cette gêne ne dure pas toujours, parce que le péricarde n'est pas toujours inextensible. En effet, les tiraillemens exercés continuellement sur lui par les contractions du cœur, finissent peu à peu par le distendre; quoique fibreux, il prête de plus en plus. Le rétrécissement contractile des cavités devient plus complet, et leur dilatation diminue. L'hypertrophie diminue également à mesure qu'elle devient inutile à cause de l'alongement du péricarde, et le cœur revient ainsi à son état naturel.

Je ne me dissimule pas la nuance hypothétique de ce que je viens de dire sur le retour du cœur à des dimensions normales, et l'on pourrait bien m'adresser l'objection que M. Broussais (1) faisait dans le temps à Laënnec, au sujet des détails minutieux qu'il donnait de l'histoire anatomique des tubercules. Mais je ne répondrai pas, comme Laënnec, à cette objection (2); car il y a, ce me semble, trop de différence entre l'étude des transformations de certains insectes, et celle des changemens que subissent les altérations organiques, pour que l'on doive les comparer entr'elles sous le rapport de la certitude des détails qui composent leur histoire. Le naturaliste peut observer à volonté la série des différens états par lesquels passent les individus qu'il étudie; ceux-ci sont toujours soumis à la même loi de développement dont les périodes sont invariables. Quant au pathologiste, il est obligé d'attendre que le hasard lui envoie les altérations organiques dont il recherche l'histoire : elles ont commencé à des époques incertaines, ont pu éprouver une foule de modifications, et sont souvent plus ou moins intimement compliquées d'autres altérations qui les masquent ou les dénaturent. Je suis donc loin *d'affirmer* que dans les cas d'adhérence du péricarde, le cœur dilaté et hypertrophié revienne à son état normal. Je regarde seulement la chose comme probable, en me fondant, 1° sur la possibilité d'une extension graduelle du péricarde, et du résultat qui doit s'en suivre pour le raccourcissement des diamètres du cœur, comme je l'ai déjà dit; 2° sur les faits qui nous apprennent qu'à mesure que l'on s'éloigne de l'époque de formation des fausses-membranes, le cœur est moins volumineux. Cette gradation dans l'état du volume du cœur, suivant l'époque du début de la péricardite, est surtout frappante dans les observations qui me sont propres. Ainsi dans la première et la quatrième, la durée de l'affection fut courte, le cœur était très-volumineux : il l'était moins dans la deuxième ou la troisième, où l'affection avait été plus longue. Enfin dans la cinquième, l'époque de formation des fausses membranes était très-reculée, et le cœur avait à peu près ses diamètres ordinaires; aussi l'état normal de son volume et de son tissu m'engage-t-il à ne pas le faire figurer avec les quatre autres, pour l'exposition des caractères anatomiques propres à l'ampliation du cœur qui résulte des adhérences du péricarde, par laquelle je vais terminer.

Ces caractères sont au nombre de trois; ils se tirent, 1° de l'état général de dilatation et d'hypertrophie du cœur; 2° de la mollesse de son tissu; 3° de sa situation.

1°. L'état général de dilatation des cavités existait dans les quatre observations précitées; il s'y joignait une hypertrophie également générale des parois, dans la première, la troisième, la cinquième; la deuxième n'était qu'à l'état de dilatation simple. Cette circonstance anatomique se trouve indirectement indiquée par les auteurs que j'ai cités, qui parlent de cœurs volumineux, sans dire que leur volume tînt spécialement à la dilatation d'une seule cavité, et elle a été positivement observée par Lobstein, qui pourtant ne voyait aucun rapport de causalité entre l'adhérence et l'ampliation du cœur. Voici ses paroles : « Toutes les fois que j'ai rencontré des adhérences du cœur, c'était dans des cas où les individus étaient morts de maladies étrangères au cœur. J'en excepte toutefois ceux où il existait en même temps *anévrysme de toutes les cavités cardiaques* (1). » Ce passage prouve la vérité du premier caractère que j'attribue à l'ampliation du cœur par adhérence, et de plus confirme ce que je disais précédemment de la disparition de cette ampliation après un laps de temps notable; car l'auteur dit qu'il a en partie observé ces adhérences, *lorsque les individus étaient morts de maladies étrangères au cœur*, c'est-à-dire, longtemps après la péricardite qui les avait produites (2). Ce caractère met une différence entre la dilatation par adhérence, et celle produite par un rétrécissement d'orifice; car, dans celle-ci, il n'y a le plus souvent d'affecté que la cavité placée derrière le rétrécissement.

2°. La mollesse, la flaccidité du cœur, sont notées dans les observations de Dundas, de Tascheron, et dans les miennes. Elles tiennent à deux causes; d'abord à l'extrême dilatation des cavités, mais probablement aussi à la rapidité avec laquelle l'hypertrophie s'est formée. On sait que toutes les fois qu'un solide est récemment

(1) « *Il* (Laënnec) *affirme tout cela avec la plus étonnante intrépidité. Il semble qu'il ait été dans l'intérieur du corps de ses malades au moment où cette matière a paru d'abord sous l'état cru, qu'il l'a vu croître, envahir les tissus*, etc ....» (Examen des Doctrines médicales, 1821, tom. II, page 733).

(2) « *M. Broussais croit-il que le naturaliste qui a trouvé sur le même buisson la larve, la nymphe et le papillon dans leurs divers degrés de développement, ait besoin, pour décrire les métamorphoses de cet insecte, de s'enfermer dans la chrysalide*, etc.....» (Laënnec, ouvrage cité, préface, page xxij).

(1) *Anatomie pathologique*, vol. II, pag. 393.

(2) D'après cela, la circonstance de l'adhérence du cœur sans augmentation de son volume, pourra tenir à deux causes; à la petite quantité de liquide épanché, si on l'observe près du début de la péricardite; à la disparition de l'ampliation du cœur, si on ne l'observe que longtemps après.

organisé, il est abreuvé de sucs nourriciers. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, lorsque ces liquides se sont entièrement solidifiés en se combinant avec la trame dans laquelle ils ont été déposés, que l'organe acquiert un degré convenable de consistance. La même chose doit dès-lors s'effectuer pour l'hypertrophie, qui, dans ces cas d'adhérence du cœur, est pour ainsi dire, improvisée, tant sa formation est prompte. Ce deuxième caractère est loin d'exister dans les hypertrophies par rétrécissement. Dans celles-ci le cœur ne s'affaisse pas, son tissu est ferme et compact; ce qui dépend de ce que la dilatation est proportionnellement moins considérable que dans les autres, et pour continuer notre explication, de ce que l'hypertrophie s'est faite lentement, car ce n'est souvent qu'après plusieurs années d'existence qu'on a l'occasion de l'examiner.

3°. Bien que le cœur fût volumineux dans les quatre faits précités, il était dans sa situation naturelle, c'est-à-dire, légèrement incliné de haut en bas et de droite à gauche. Cette circonstance ne s'observe guère dans les augmentations considérables de volume du cœur qui ne dépendent pas d'adhérence au péricarde; l'on sait qu'alors le cœur est incliné très-obliquement, couché sur le diaphragme, et cela se conçoit. Dans ces cas-là, le cœur ne peut pas se développer de bas en haut à cause des gros vaisseaux qui, fixés à sa base, empêchent toute locomotion dans ce sens-là. Il ne peut pas non plus se développer directement par en bas, par ce que le diaphragme y met obstacle; mais sa pointe, naturellement inclinée à gauche, se porte peu à peu dans cette direction à mesure que son développement se fait, et il en résulte à la longue une inclinaison plus ou moins transversale du cœur sur le diaphragme. Dans les cas d'adhérence, il en est autrement. L'organe augmente rapidement; de plus, il est surpris dans sa position naturelle par les fausses-membranes qui l'environnent de toute part. Il reste donc presque perpendiculaire sur le diaphragme, qui est plus ou moins refoulé sur l'abdomen, et qui doit être plus ou moins gêné dans ses mouvemens d'élévation.

Ces trois caractères, qui se rencontrent dans les quatre faits que j'ai présentés, et qui sont en partie confirmés par les observations des auteurs, font de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur produites par l'adhérence du péricarde, une forme particulière et complétement à part. Comme cette espèce de dilatation et d'hypertrophie, si différente en certains points de celle produite par les rétrécissemens d'orifices, a cependant quelques traits de ressemblance avec elle, je crois ne pouvoir mieux faire que de résumer cette similitude et cette différence.

L'adhérence complète du cœur au péricarde, et le rétrécissement de ses orifices, influent également sur l'état du cœur en augmentant ses diamètres. Cette augmentation de volume tient à la dilatation des cavités et à l'hypertrophie des parois. La dilatation peut exister seule, mais ordinairement elle est jointe à l'hypertrophie qu'elle précède dans son développement. L'ampliation par adhérence est produite par le mouvement des parois qui obéissent surtout à la traction des fausses-membranes; l'ampliation par rétrécissement tient à l'impulsion excentrique du sang qui franchit difficilement l'orifice rétréci; de sorte que dans l'une la cause agit de dehors en dedans, dans l'autre elle agit de dedans en dehors. Dans la première, la cause étant générale, la dilatation et l'hypertrophie sont générales; dans la seconde, la cause étant locale, il n'y a le plus souvent qu'une cavité d'affectée. Dans les cas d'adhérence, le cœur s'affaisse sur lui-même, est mou, parce que la dilatation est proportionnellement plus considérable que l'hypertrophie, et que celle-ci s'est faite rapidement. Dans les cas de rétrécissement, le cœur ne s'affaisse pas; son tissu est résistant, parce que la dilatation est proportionnelle à l'hypertrophie, et que celle-ci s'est effectuée lentement. Dans les premiers, le cœur a conservé sa situation presque perpendiculaire au diaphragme; dans les seconds il est plus ou moins couché sur ce muscle; enfin, dans l'ampliation par adhérence, la dilatation et l'hypertrophie une fois établies tendent à diminuer, parce que le péricarde finit par s'alonger. Dans celle par rétrécissement, la dilatation et l'hypertrophie vont toujours en augmentant, parce que le rétrécissement, loin de diminuer, subit le plus souvent un accroissement progressif.

Là finit ce que j'avais à dire de l'ampliation du cœur par adhérence. Je n'ai pas la prétention de croire que son histoire anatomique soit complète : quant à celle de ses symptômes, de son diagnostic, etc., elle est presque toute entière à faire. Je les signale l'une et l'autre à l'attention des observateurs.

Mémoire sur l'emphysème vésiculaire du poumon, et sur la paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme; par William Stokes (1).

Ire partie. — *Emphysème.*

Les signes physiques de cette maladie ont leur source dans les circonstances suivantes :

1° La plus grande quantité d'air contenue dans la cavité thoracique;

2° L'augmentation de volume des poumons, et l'obstacle que les parois du thorax apportent à cet accroissement;

3° Le déplacement du cœur et des viscères abdominaux;

4° L'inflammation des petits tubes bronchiques;

5° La congestion des poumons;

6° L'existence des vésicules sous-pleurales de Laënnec.

La percussion du thorax donne lieu à un bruit anormalement clair, non tympanique, comme dans le pneumothorax, mais qui peut être considéré comme le bruit pulmonaire au maximum. Si la maladie est étendue à

(1) *The Dublin Journal*, n° 25. (G. Richelot).

une grande partie du poumon, cette sonoréité est générale; mais elle peut être observée dans une région circonscrite de la poitrine, et correspondre seulement à la partie la plus affectée du poumon. Elle diffère d'une manière remarquable de la sonoréité qui décèle l'état sain du poumon, en ce qu'elle est à peine modifiée, si même elle l'est, par suite d'une profonde inspiration. Ce dernier phénomène s'observe également dans l'hépatisation du tissu pulmonaire; et, bien que se produisant dans des circonstances opposées, comme la raréfaction et la condensation du tissu du poumon, il n'en est pas moins dû, dans les deux cas, à la même cause, c'est-à-dire, la diminution considérable du volume d'air qui entre dans la poitrine à chaque inspiration.

Souvent le son est clair jusqu'à la partie inférieure du thorax; la matité normale de la région postéro-inférieure du côté droit disparaît; et, à moins que le cœur ne soit très-développé, la région précordiale donne un son extrêmement clair : ceci a surtout lieu lorsque le poumon recouvre le péricarde dans une certaine étendue, ce dont on peut facilement s'assurer au moyen de sthétoscope.

Mais dans presque tous les cas où la maladie est très-étendue, elle est compliquée d'hypertrophie du cœur, conséquence de la gêne prolongée et toujours croissante de la circulation pulmonaire. Cette circonstance donne lieu à une augmentation de la matité, au niveau de cet organe, particulièrement à son côté droit. On trouve donc, depuis le point correspondant au ventricule gauche jusqu'au bord droit du sternum, une matité qui varie en étendue suivant l'intensité de l'affection pulmonaire. Tel est le cas le plus ordinaire; mais chez un petit nombre de malades, bien que l'hypertrophie du cœur soit considérable, cette région donne à la percussion un son clair, ou du moins une matité qui n'est point en rapport avec l'altération du cœur. Cette particularité s'explique par l'accroissement de volume du poumon, qui, en rejetant les parois thoraciques en avant, ensevelit, en quelque sorte, le cœur dans l'intérieur de la poitrine. Dans de tels cas, l'impulsion du cœur n'offre plus la mesure de son hypertrophie, et l'on est surpris de trouver à l'autopsie cadavérique un cœur très-volumineux chez un sujet pendant la vie duquel on n'avait observé qu'une impulsion légère dans la région précordiale et dans la partie inférieure de la région sternale. On peut établir en règle générale, que dans les cas où cette complication existe avec une impulsion très-distincte, la région du cœur donnera un son mat.

La sonoréité anormale de la poitrine ne s'observe pas à toutes les périodes de la maladie; on ne la rencontre que lorsque celle-ci est arrivée à un degré avancé, et elle peut manquer entièrement avant cette époque. La dilatation des cellules aériennes peut être arrivée juste au point de rendre la respiration plus faible d'une manière sensible, sans déterminer une augmentation appréciable de la sonoréité du thorax. J'en ai vu un exemple remarquable chez un malade qui a été traité dans mes salles, et qui présentait une réunion de symptômes propres à me faire soupçonner l'existence d'un anévrysme de l'aorte. Sa maladie durait depuis environ cinq mois; jusque-là il s'était toujours bien porté. Il contracta un rhume, auquel succédèrent une dyspnée intense qui était provoquée par l'exercice, et une douleur peu vive qui occupait le dos et la partie supérieure de la poitrine. Les deux côtés de la poitrine résonnaient également; ils n'offraient aucune sonoréité anormale. Dans le poumon droit, la respiration était puérile, tandis que, dans la partie supérieure du poumon gauche, elle était extrêmement faible. L'impulsion et les bruits du cœur au-dessous du sein gauche paraissaient naturels, mais on percevait une double pulsation à la partie supérieure du côté gauche; il n'y avait ni bruit de soufflet, ni dysphagie, ni respiration laryngienne.

Ce malade offrait un groupe de symptômes qui pouvait bien dépendre d'une petite tumeur anévrysmale comprimant la bronche gauche. Cependant je ne portai aucun diagnostic précis. Le malade mourut peu de temps après, avec un hydrothorax. A l'autopsie cadavérique, on ne trouva point d'anévrysme, mais une dilatation des cellules pulmonaires seulement dans la portion supérieure du poumon gauche; en outre, les cavités droites du cœur étaient dilatées et un peu hypertrophiées. La diminution du bruit respiratoire, dans ce cas, était due évidemment à la dilatation des cellules. Ainsi, cette affection peut exister à un degré assez avancé *pour donner des signes stéthoscopiques évidens, sans que la sonoréité thoracique en soit augmentée d'une manière perceptible.* Dans d'autres cas, il m'est arrivé également de trouver, à la dissection, la dilatation des cellules pulmonaires dans une certaine étendue, bien que, pendant la vie, la percussion n'ait donné aucun résultat anormal.

Les modifications du bruit respiratoire, dans l'affection qui nous occupe, reconnaissent les causes suivantes :

1° L'augmentation du volume des poumons;

2° L'existence d'une bronchite, affectant principalement les tubes d'un petit calibre, et compliquée souvent de congestion pulmonaire;

3° La formation des vésicules sous-pleurales.

La première de ces trois causes de modification du bruit respiratoire est la plus importante sous le rapport du diagnostic.

Une des premières choses qui frappent l'observateur, dans cette maladie, c'est le défaut de proportion qui existe entre l'effort d'inspiration et le bruit de l'expansion pulmonaire. Le premier est considérable, et le second est extrêmement faible. Cette faiblesse du bruit respiratoire ne peut pas dépendre d'une augmentation de densité du poumon, puisqu'à la percussion le son est naturel ou anormalement clair. La cause de ce signe important paraît être l'augmentation de volume du poumon. En effet, cet organe étant dans un état permanent de développement, *l'effort inspiratoire ne peut ajouter que peu de chose à la dilatation du thorax, et le bruit inspiratoire se trouve proportionnellement affaibli.* C'est ainsi que l'affaiblissement du bruit respiratoire, coïncidant avec la sonoréité de la poitrine et une augmentation des efforts inspiratoires, devient le signe physique le plus important de l'emphysème du poumon. On

a indiqué d'autres causes, en particulier, l'épaississement de la membrane muqueuse, effet de la bronchite chronique qui coïncide si fréquemment avec cette affection. Ainsi, Laënnec a établi que, dans le catarrhe sec, qui produit si souvent cette maladie, la membrane muqueuse des petites bronches est fréquemment très-épaissie, ce qui explique, jusqu'à un certain point, la faiblesse du bruit respiratoire, ainsi que cette circonstance, savoir, que lorsque l'on comprime des poumons emphysémateux, on éprouve beaucoup plus de peine à les réduire à leur état de flaccidité que des poumons sains. Dans le fait, toutes choses égales d'ailleurs, le bruit respiratoire est en raison directe de la facilité avec laquelle l'air pénètre dans le poumon, et tout obstacle mécanique, à son entrée, soit dans la trachée, soit dans les bronches principales ou dans les petits tubes bronchiques, détermine un affaiblissement correspondant du murmure respiratoire. Je me souviens d'en avoir vu un exemple intéressant chez un malade dont on me pria d'explorer la poitrine avant de lui faire l'opération de la trachéotomie. Les détails de la maladie étaient de nature à permettre de croire à l'existence d'un emphysème pulmonaire. La poitrine donnait partout un son très-clair, mais le murmure vésiculaire était faible, malgré les violens efforts d'inspiration du malade. Cependant, aussitôt après l'ouverture de la trachée, ce murmure devint fort et même puéril, et conserva ce caractère pendant quelque temps après l'opération.

Quoi qu'il en soit, bien que j'admette que cet épaississement de la membrane muqueuse entre pour quelque chose dans le phénomène, cependant je crois que celui-ci est dû en grande partie à l'augmentation de volume du poumon, pour les raisons suivantes :

1°. Dans les cas ordinaires de bronchite, lors même que les tubes d'un petit diamètre sont affectés, cette disproportion entre l'effort inspiratoire et le bruit de l'expansion pulmonaire n'existe point, ou existe à un degré beaucoup moins élevé. Dans ces cas, on entend un mélange du bruit vésiculaire avec divers râles, ou bien le bruit vésiculaire est presque entièrement masqué par des râles. Mais, dans l'une et l'autre de ces deux circonstances, on a la conscience d'une libre expansion du poumon, suivie de sa rétraction, et l'intensité des bruits produits peut-être modifiée d'une manière bien tranchée par les efforts du malade, ce qui n'a point lieu dans les cas de dilatation des cellules, où le bruit est à peu près le même, soit que le malade respire naturellement, soit qu'il fasse des efforts énergiques d'inspiration. Dans la première affection, on peut considérer les cellules comme libres de toute maladie; et l'obstacle qui résulte de l'épaississement de la membrane bronchique ou de l'accumulation des mucosités dans les bronches étant surmonté, le poumon se dilate et donne à l'auscultateur la sensation non douteuse de cette expansion.

2°. J'ai remarqué que, dans le cas de dilatation chronique des cellules, la faiblesse du bruit respiratoire est modifiée d'une manière peu appréciable par l'augmentation ou la diminution de la bronchite, au moins, autant qu'on peut juger de cette dernière maladie d'après les signes physiques et les symptômes généraux. Ainsi, il arrive souvent, chez de tels malades, que l'affection bronchique s'exaspère, puis cède au traitement employé; on observe moins, pendant son cours, une augmentation dans la faiblesse du bruit respiratoire, qu'une intensité plus grande des divers râles. Cette remarque vient à l'appui de mes idées sur la cause de la faiblesse du bruit respiratoire, savoir, la moindre quantité d'air qui entre dans la portion affectée du poumon.

J'ai déjà établi que la faiblesse du bruit respiratoire, dans cette affection, est due à l'augmentation de volume du poumon, qui détermine une diminution d'inspiration; car, si le poumon est ainsi hypertrophié, de manière à presser avec force contre les parois du thorax et à tenir cette cavité dans un état permanent de dilatation, il est évident qu'au moment de l'inspiration, le volume d'air qui entrera dans le poumon aura peu d'influence sur l'expansion de cet organe.

Supposons qu'à l'état sain, l'aire de la poitrine, après l'expiration, soit égale à 10, et que le maximum de sa dilatation soit égal à 15; si, par suite de l'emphysème, les poumons au repos présentent une aire égale à 12 et demi, l'inspiration se trouvera diminuée de moitié. C'est là une cause de diminution du bruit respiratoire, une partie de l'effort d'inspiration étant suppléée par l'expansion pulmonaire qui résulte de l'état de compression où se trouve le poumon au repos.

Toutefois, il est évident que les signes physiques de la compression pulmonaire doivent varier suivant le degré de résistance des parois thoraciques. Prenons deux cas d'emphysème, et supposons que, dans l'un, les parois thoraciques cèdent proportionnellement à l'augmentation de volume du poumon, tandis que, dans l'autre, elles sont résistantes et inextensibles; il est clair que les conditions physiques du poumon, et, par conséquent, les signes physiques de ses mouvemens, ne doivent pas être les mêmes dans les deux cas. Si la faiblesse du bruit respiratoire dépend de la compression du poumon, il en résulte que, si les parois du thorax cédaient facilement et entièrement en raison du développement de l'organe, une dilatation considérable des cellules pourrait alors exister, sans que le signe qui est regardé comme caractéristique de cet état morbide existât; de telle sorte, que la faiblesse du bruit respiratoire paraît plutôt donner la mesure de la compression du poumon qu'offrir un signe direct de dilatation des cellules aériennes. Ces considérations trouvent un appui solide dans le fait suivant, auquel j'attache d'autant plus de prix que le malade a été soumis à mon observation à diverses périodes.

Un jeune homme, faiblement développé sous le rapport des muscles, et d'une taille extrêmement petite, entra à l'hôpital de Meath, offrant les symptômes ordinaires de l'emphysème vésiculaire de Laënnec. La poitrine était énormément dilatée de chaque côté, mais elle semblait avoir cédé surtout en avant et en haut. La circonférence du thorax, au niveau des mamelles, était de trois pieds et un pouce, c'est-à-dire, d'au moins sept

pouces au-dessus de son développement normal. Le sternum et les clavicules formaient une voussure ; les régions scapulaires étaient presque horizontales ; le développement était égal des deux côtés. Cependant, chez ce malade, les signes caractéristiques n'étaient perçus que dans la partie supéro-antérieure du côté droit; dans tout le reste de la poitrine, elle était forte, et elle devint pure après le traitement qu'on fit suivre au malade pour sa bronchite. Les symptômes de la maladie existaient depuis plus de cinq ans ; au bout de deux ans, le développement anormal de la poitrine était devenu assez manifeste pour attirer l'attention de tous les amis du malade.

Voilà un cas dans lequel la poitrine présentait une dilatation plus considérable que dans tous ceux que j'ai observés, et pourtant, dans la plus grande partie du thorax, la respiration n'était rien moins que faible. C'est une chose digne d'attention, qu'avec l'absence des signes physiques de la compression du poumon, coïncidait l'absence des symptômes fonctionnels de cette compression. Il n'y avait aucune apparence d'affection du cœur. Jamais il n'y avait eu d'œdème ; les veines jugulaires n'étaient point distendues ; le foie n'était point abaissé ; le malade, loin d'être gêné par l'exercice, se trouvait toujours mieux après avoir fait plusieurs milles à pied. Peu de temps avant d'entrer à l'hôpital, il avait fait quarante milles dans un seul jour. La seule chose qui l'incommodât, c'est le retour de sa bronchite ; lorsqu'il n'en était pas atteint, sa santé générale était très-bonne.

On pourrait demander quelle était alors la cause de la faiblesse du bruit respiratoire dans la partie antérieure du poumon droit. Selon toute probabilité, il y avait là rupture de quelques cellules ; je pense qu'il faut ajouter cette cause d'affaiblissement du murmure vésiculaire, à celle que j'ai déjà indiquée, c'est-à-dire, la compression du poumon.

Examinons maintenant quelques autres signes physiques qui résultent de l'augmentation de volume du poumon, et qui, comme le précédent, varient suivant le degré de résistance des parois thoraciques.

Signes dépendant des muscles intercostaux et du diaphragme. — Un autre effet de l'augmentation de volume du poumon, c'est de déplacer les parties les moins résistantes de celles qui entrent dans la composition du thorax, savoir : le médiastin, les muscles intercostaux et le diaphragme. Nous verrons que, bien que le médiastin cède dans des cas où la maladie n'occupe qu'un poumon, cependant les muscles en question résistent avec une grande force, et peuvent ne pas céder du tout, lors même que le thorax a acquis un grand degré de dilatation. Sous ce rapport, il existe une remarquable différence entre cette maladie et l'empyème. Dans cette dernière affection, en effet, le peu de résistance de ces tissus charnus fournit les signes les plus importans.

Dans l'emphysème, bien que la poitrine soit considérablement agrandie, les espaces intercostaux, loin d'être effacés, sont profondément marqués, et l'on voit les fibres musculaires agir avec puissance pour élever les côtes, et favoriser ainsi l'inspiration incomplète. Je n'ai jamais vu d'exception à cette règle, qui s'applique à tous les espaces intercostaux, et qui devient ainsi un signe différentiel entre l'emphysème vésiculaire et l'empyème. Dans la seconde partie de ce mémoire, je développerai les causes de cette différence qui, jusqu'à présent, n'ont pas été bien comprises.

Les mêmes considérations ne sont point applicable au diaphragme qui cède, dans certains cas, au point d'augmenter considérablement le diamètre vertical de la cavité thoracique. Cette circonstance mérite d'être prise en sérieuse considération, et l'on peut, d'après elle, admettre deux espèces d'emphysème, avec ou sans déplacement diaphragmatique.

Sous le rapport de la symptomatologie, j'ai observé quelques différences remarquables entre ces deux espèces d'emphysèmes. Le malade chez qui les parois thoraciques avaient cédé d'une manière si extraordinaire, nous offre un excellent exemple de l'espèce d'emphysème qui ne s'accompagne point du déplacement du diaphragme. Là, les signes de compression pulmonaire étaient très-peu marqués ; il n'y avait aucun signe de déplacement du foie ; l'épigastre, loin d'être gonflé, était habituellement affaissé. Au contraire, dans les cas où le diaphragme est abaissé, la respiration est beaucoup plus gênée ; l'épigastre est plein et résistant ; le cœur est abaissé, quelquefois au point de répondre au neuvième, ou même au dixième espace intercostal.

Dans ces cas, la région postéro-inférieure de la poitrine, celle du foie et celle du cœur antérieurement, donnent un son parfaitement clair, qui s'explique, et par le déplacement de ces viscères, et par l'état anatomique du poumon. Le bruit respiratoire peut être perçu en arrière, jusqu'au niveau de la dernière côte, et même à deux pouces au-dessous du cartilage xyphoïde, en avant.

Si, après avoir fait déshabiller ces malades, on observe leur poitrine lorsqu'ils sont couchés sur le dos, on remarque quelque chose de tout particulier dans leur respiration : le thorax s'élève avec force dans sa partie supérieure, et l'abdomen fait saillie à sa partie inférieure avec autant d'énergie ; mais il y a cette remarquable différence entre ces phénomènes et ceux qui sont produits dans l'état de santé par une respiration forcée, que, dans le cas d'emphysème, la saillie abdominale ne commence pas si haut, et que, tandis que les régions ombilicale et hypogastrique se portent en haut et en avant, l'épigastre et la partie supérieure des deux hypocondres restent presque sans mouvement, en même temps que les côtes correspondantes sont attirées en dedans. Ceci s'explique par la nouvelle position du diaphragme qui s'est abaissé, et a refoulé au-devant de lui les viscères abdominaux ; la contraction du muscle s'effectue plus ou moins bas, suivant le degré de son déplacement. Il sera démontré plus tard que ce déplacement est purement mécanique, et n'est point analogue à celui qui a lieu dans l'empyème. Le tableau suivant permettra de bien saisir les différences qui existent entre les cas d'emphysème avec déplacement du diaphragme, et ceux où ce déplacement n'existe pas.

Sans déplacement du diaphragme.	*Avec déplacement du diaphragme.*
1°. Les épaules sont considérablement élevées, et la partie supérieure de la poitrine est convexe.	1°. Les épaules sont à leur place ordinaire. La partie supérieure du thorax est aplatie. La convexité ne se manifeste que vers la partie inférieure de cette cavité.
2°. La percussion fournit un son anormalement clair dans les régions supérieures du thorax; la résonnance est presque naturelle dans les régions inférieures.	2°. Dans la partie supérieure de la poitrine, le son produit par la percussion n'est point altéré; inférieurement il est anormalement clair.
3°. Les signes stéthoscopiques sont perçus dans les régions supérieures de la poitrine.	3°. Les signes stéthoscopiques sont prédominans dans les lobes inférieurs, et sont perçus au-dessous du niveau habituel du diaphragme.
4°. L'épigastre est affaissé; le cœur et le foie sont dans leur position naturelle.	4°. L'épigastre est plein et résistant. L'hypochondre droit présente de la matité, et le cœur est situé plus bas qu'à l'ordinaire.
5°. La gêne de la respiration est beaucoup moindre, excepté pendant une exacerbation de la bronchite.	5°. La dyspnée est beaucoup plus permanente, et moins modifiée par le traitement qui est dirigé contre la bronchite.

Signes tirés du déplacement du médiastin. — Bien que pouvant exister à un degré assez avancé pour être appréciable pendant la vie, cependant ils sont moins remarquables que dans l'empyème. Dans certains cas, où la maladie n'occupe qu'un poumon, les signes pathologiques s'étendent au-delà de la ligne médiane, à une distance proportionnée à l'étendue de la maladie. Il en est de la sonoréité anormale et de la respiration caractéristique de l'emphysème, comme de la matité et de l'absence de respiration qui, dans l'empyème, sont appréciables au delà de la ligne médiane, dans les cas où une seule plèvre est malade. La sonoréité morbide de l'emphysème, dans les cas où un seul poumon est affecté, peut être perçue dans toute l'étendue du sternum, et même le dépasser d'un pouce. Quand on a franchi cette limite, qui est bien marquée, on obtient le son naturel du poumon, qu'une oreille exercée n'a pas de peine à distinguer de celui qui était fourni par le poumon malade. Une différence également tranchée existe pour les phénomènes stéthoscopiques.

Le déplacement du médiastin est rarement aussi frappant dans l'emphysème que dans l'empyème. Une raison de cette différence, c'est que, dans la plupart des cas de dilatation intense des cellules pulmonaires, la maladie existe dans les deux poumons, tandis qu'un empyème double est une maladie extrêmement rare; une autre raison c'est que, dans la pleurésie, le travail inflammatoire qui ramollit la membrane séreuse, la dispose à céder, ce qui n'a point lieu dans l'emphysème pulmonaire.

Le cœur suit le médiastin dans son déplacement, et sa position varie suivant le poumon affecté et suivant l'intensité de la maladie. Il résulte, toutefois, de mes propres observations, que le déplacement latéral du cœur s'observe rarement à un degré remarquable, ce qui établit une nouvelle différence entre cette affection et l'empyème. Il n'en est pas ainsi du déplacement en bas qui, comme je l'ai déjà dit, peut être considérable. Dans ces circonstances, la région précordiale est sonore; l'impulsion du cœur peut manquer complétement dans sa situation habituelle, et se faire sentir aussi bas que la dixième côte, entre les cartilages costaux et la ligne médiane.

Il est établi maintenant que la plupart des malades affectés de cette maladie, meurent avec des symptômes de maladie du cœur et d'hydropisie générale. Il n'est pas difficile de concevoir pourquoi cette maladie se complique si communément d'affection du cœur. Cette particularité semble dépendre presque entièrement de l'augmentation de volume du poumon : 1° cette augmentation de volume, ainsi que je l'ai déjà fait voir, exerce une influence fâcheuse sur l'acte de l'inspiration. Les expériences des physiologistes modernes ont démontré l'action importante de la respiration dans le mécanisme de la circulation veineuse. Dans l'emphysème, la poitrine étant dans un état permanent de dilatation, auquel l'effort d'inspiration ne peut ajouter que peu de chose, il doit évidemment en résulter une accumulation du sang dans les cavités droites du cœur, et conséquemment une maladie de ses cavités. La veine cave, les veines hépatiques et le foie s'engorgent; les parois musculaires du cœur s'hypertrophient; 2° la même pression qui dilate le thorax et refoule en bas le diaphragme, doit faire directement obstacle à la circulation du sang dans l'artère pulmonaire et dans ses divisions. Cet obstacle devient une nouvelle cause d'hypertrophie des cavités droites du cœur. 3° enfin, nous ne devons pas oublier que le cœur; lui-même, est soumis à une compression anormale; il est refoulé hors de sa situation naturelle, et privé, jusqu'à un certain point, de la protection qu'il reçoit habituellement des parois osseuses et élastiques de la poitrine. Il se trouve comprimé entre le poumon distendu et l'abdomen également distendu. Le jeu de ses cavités doit en éprouver un obstacle matériel. Ainsi, plusieurs circonstances se réunissent pour entraver la circulation pulmonaire, cardiaque, veineuse et hépatique.

Signes tirés de la bronchite concomitante. — Aucun de ces signes ne peut indiquer d'une manière certaine la complication de la bronchite avec une dilatation ou une rupture des cellules pulmonaires, car on peut les rencontrer tous dans des cas où cette affection n'existe point. Aucun n'est constant, et, quand ils ont lieu, ils diffèrent à peine de ce qu'on observe dans les cas de simple bronchite. On peut observer toutes les variétés de râle sonore, sibilant, muqueux, crépitant à grosses bulles, combinées de la manière la plus variée. Les deux plus fréquens sont le râle sibilant sec et un râle muqueux et diffus. Laënnec a avancé qu'il y a une variété de râle qui est pathognomonique de l'emphysème interlobulaire, quoiqu'il puisse aussi avoir lieu dans la simple dilatation des cellules; il l'appelle râle crépitant

sec à grosses bulles. Suivant lui, il semble que l'air pénètre dans un poumon qui aurait été desséché, et dont les cellules auraient été inégalement dilatées. Il le compare au bruit qu'on produit en soufflant dans une vessie sèche, et il ajoute qu'il est semblable à celui que l'on observe dans l'emphysème sous-cutané ordinaire, quand on appuie le stéthoscope sur la partie emphysémateuse. Mais c'est un signe qui, s'il existe réellement, doit être si facilement confondu avec les autres phénomènes qui dépendent de la bronchite, qu'un observateur ordinaire ne doit pas pouvoir en tirer beaucoup d'utilité pour son diagnostic. Je n'ai jamais pu reconnaître cette sorte de râle, et j'ai même trouvé l'emphysème interlobulaire chez des sujets pendant la vie desquels je n'avais pu distinguer d'autres râles que ceux du simple catarrhe.

Quant au bruit de frottement, qui a été décrit par Laënnec comme indiquant la présence des vésicules sous-pleurales qui ont lieu dans l'emphysème interlobulaire, et qui, suivant lui, quand il est uni aux autres symptômes de dilatation des cellules, peut être considéré comme un signe diagnostique de la maladie en question, je pense que de nouvelles recherches sont nécessaires à ce sujet. Il est difficile de concevoir comment une vésicule pleine d'air peut donner lieu à un bruit de frottement. Ce n'est que quand les surfaces contiguës des membranes séreuses sont devenues sèches par une suspension de leur exhalation naturelle, ou inégales, par suite d'un épanchement de lymphe plastique, que le frottement de l'une contre l'autre produit un bruit appréciable. Or, quelque volumineuses que soient ces vésicules, leur surface séreuse conserve en général son poli et son humidité. Il résulte de là que le bruit de frottement doit être considéré moins comme un symptôme de ces vésicules sous-pleurales, que, comme un signe de pleurésie légère. Je n'ai jamais observé ce phénomène que dans des cas où la surface séreuse était devenue raboteuse. On pourrait répondre que la permanence de ce bruit, avec absence de douleur, peut lui donner une tout autre valeur ; mais ces circonstances ne suffisent point encore. En effet, j'ai vu des cas de pleurésie dans lesquels le bruit de frottement persista pendant un mois sans être à peine modifié, et dans lesquels le malade avait cessé d'éprouver de la douleur après la première semaine, et ne se plaignait que de la sensation de frottement dont il avait la conscience pendant le mouvement de la respiration.

Avant de quitter ce sujet, je vais décrire un autre signe qui paraît devoir être de quelque importance pour le diagnostic. Il consiste dans la difficulté avec laquelle s'effectue l'expiration dans l'emphysème vésiculaire, difficulté qui a été attribuée par quelques médecins à l'obstruction des petits tubes bronchiques, et récemment par M. Magendie à la diminution de l'élasticité du poumon.

J'ai, en ce moment, sous mes yeux, un malade, âgé de plus de 16 ans, qui est sujet à la toux et à la dyspnée depuis son enfance. Le côté droit de la poitrine est élargi et très-convexe antérieurement, le sternum est un peu arqué, la clavicule est élevée. Dans cette région, on perçoit à la percussion une sonoréité anormale qui s'étend au delà du sternum. Cependant le stéthoscope, pendant une respiration ordinaire, ne fait percevoir qu'un râle mucoso-crépitant, mêlé de temps en temps avec le râle crépitant à grosses bulles de Laënnec. Ces signes sont perçus pendant l'inspiration, tandis que l'expiration est marquée par un souffle rauque, sec et prolongé. Cependant lorsque le malade fait une inspiration forcée, un bruit pur d'expansion pulmonaire très-manifeste suit les râles indiqués ci-dessus.

De ces considérations, je conclus que j'avais à faire à un emphysème de Laënnec, non encore arrivé à son plus haut degré, et permettant encore au poumon de se dilater beaucoup par une forte inspiration. Il me vint alors à l'idée, qu'en faisant faire au malade un certain nombre d'inspirations forcées, rapidement exécutées, les poumons pourraient se remplir d'air à un tel point que tout bruit naturel d'expansion pulmonaire cesserait de se faire entendre pendant un certain temps, ce qui fournirait une preuve directe de la difficulté de l'expiration. Je fis cette expérimentation et j'observai qu'après quatre ou cinq inspirations exécutées rapidement, le murmure respiratoire disparut entièrement ; on n'entendit plus que les râles crépitans, et même avec moins d'intensité. Alors on permit au malade de se reposer et de respirer naturellement pendant un certain temps ; et l'expérimentation ayant été reprise, la première inspiration fut distinctement suivie par le murmure respiratoire, qui devint moins intense à chaque effors successif, et finit par s'éteindre complétement comme la première fois.

Les résultats de ces expérimentations sont faciles à concevoir à raison de la difficulté de l'expiration, soit que cette difficulté reconnaisse l'une des causes indiquées plus haut ou toutes deux. En effet, les efforts inspiratoires répétés causaient une telle accumulation d'air dans la portion malade du poumon, que son expansion ultérieure en devenait presque impossible, ce qui empêchait le bruit respiratoire de se produire. Mais quand ces efforts étaient cessés, l'air étant évacué peu à peu, le poumon était rendu à son état habituel. Si ce symptôme est constant, il formera un moyen précieux de reconnaître l'emphysème vésiculaire. Toutefois, il ne faudrait pas répéter trop souvent l'expérimentation.

Traitement de la dilatation des cellules pulmonaires. — Lorsqu'une fois cette maladie s'est développée, peut-on espérer que les cellules dilatées puissent jamais reprendre leur condition normale ?

Remarquons que, chez quelques malades, l'affection ou ses causes existent depuis l'enfance, tandis que chez d'autres, la maladie est produite par une bronchite, à un âge avancé et après plusieurs années d'une bonne santé. Chez les premiers, tout ce qu'on peut faire c'est d'adoucir les symptômes. Mais lorsque la maladie est récente, on ne peut renoncer à tout espoir de succès sans méconnaître l'analogie qui existe entre cette affection et certaines autres qui ne sont pas au-dessus de toute thérapeutique. On peut considérer la condition pathologique

des cellules pulmonaires comme analogue à celle des autres organes creux dans l'état de dilatation chronique, ainsi qu'on le voit pour l'estomac, le colon, la vessie et le cœur. Dans ces cas, nous observons communément les deux circonstances suivantes : 1° la cause de la dilatation est quelque obstacle mécanique à la sortie de leur contenu habituel ; 2° si cet obstacle persiste pendant longtemps, ce qui était une simple dilatation de l'organe, devient une combinaison de dilatation avec altération organique des parois, altération qui, dans la plupart des cas, consiste dans une augmentation d'épaisseur et de force. De là, l'hypertrophie des membranes de l'estomac dans les affections du pylore, celle de la vessie dans les maladies de l'urètre ou de la prostate, celle du colon dans le rétrécissement du rectum, et celle des cavités droites du cœur dans les affections pulmonaires. Ce passage de la dilatation simple à l'état de dilatation avec épaississement, paraît être une condition très-défavorable au traitement, et l'on peut avancer que les chances pour que cette condition existe, sont en raison directe du temps pendant lequel on a laissé exister la maladie. Car nous savons que si, à une époque peu avancée de la maladie, on enlève l'obstacle, la cavité revient souvent à ses dimensions naturelles.

Faisant l'application de ces faits à la dilatation des cellules pulmonaires, il ne semble pas impossible que la destruction de l'obstacle, à une époque peu avancée de la maladie, soit suivie de la guérison. Car, si nous cherchons quelles sont les causes de cette affection, nous trouvons que ce sont principalement des obstacles à la libre sortie du contenu des cellules ; les mucosités visqueuses et la turgescence des tubes bronchiques étant aux cellules aériennes, ce que l'obstruction du poumon est au cœur, ou l'imperméabilité de l'urètre à la vessie, et la distension étant parfaitement analogue dans ces divers cas.

On peut donc admettre que, lorsqu'il n'y a point encore altération de texture, il n'est pas impossible d'obtenir la guérison ou un amendement marqué de la maladie. Mais un pareil résultat a-t-il été jamais obtenu ? Laënnec ne traite cette question qu'avec beaucoup de réserve, et les pathologistes s'en sont peu occupés. Pour ma part, je ne possède que peu de faits sur ce sujet, mais je les crois propres à éclairer la question.

Chez le malade dont j'ai cité l'observation comme intéressante sous le rapport du diagnostic du déplacement du médiastin, après lui avoir fait suivre un traitement destiné à diminuer l'irritation des bronches et la toux, j'ai remarqué, coïncidemment avec un amendement très-prononcé dans les symptômes, les changemens suivans dans les signes physiques : 1° la sonoréité morbide du côté affecté, quoique non-entièrement détruite, était moins forte, et se terminait à la ligne médiane, au lieu de s'étendre, comme auparavant, au delà du bord opposé du sternum ; 2° les râles devinrent plus humides et plus larges, et la respiration vésiculaire devint évidemment plus marquée ; 3° les signes stéthoscopiques, comme ceux fournis par la percussion, cessèrent d'être perçus au delà de la ligne médiane, et furent remplacés dans cet endroit par le murmure normal du poumon sain. Ces changemens dans les signes physiques, si caractéristiques d'une diminution de l'obstruction et du volume du poumon malade, s'accompagnèrent d'une amélioration générale extrêmement marquée. La toux, la dyspnée et l'accélération de la respiration furent diminuées d'une manière étonnante. Le traitement se composa des moyens suivans : saignées locales ; révulsifs ; administration de l'émétique pendant plusieurs jours ; puis, médicamens sédatifs et adoucissans.

Dans ce cas, on ne peut douter que le volume du poumon malade n'ait été diminué par le traitement. Si l'on rapproche ce résultat de ceux qui ont été obtenus par le docteur Osborne, et des remarques de Laënnec relatives au traitement du catarrhe sec, on doit avoir des raisons évidentes pour croire à la possibilité d'une diminution dans la maladie, et, par conséquent, pour ne pas la considérer comme complétement incurable.

Dans un autre cas, j'ai vu le cœur, qui était assez déplacé pour battre au niveau du cartilage de la dixième côte, remonter dans le thorax et correspondre au huitième espace intercostal, après plusieurs jours de traitement.

Ici se présentent quelques importantes questions. La simple diminution et même la destruction complète de l'obstruction, suffit-elle pour que le poumon soit rendu à ses conditions normales, ou bien n'y a-t-il pas quelque autre condition morbide qui doive être combattue ? Y a-t-il paralysie ou atonie des fibres circulaires des petits tubes bronchiques, ou bien, comme l'a avancé M. Magendie, est-ce l'élasticité naturelle du poumon qui est détruite ou altérée ? Il paraît assez probable que ces deux espèces d'altérations existent en même temps ; que le tissu musculaire est paralysé, comme on le voit pour la vessie ou le tube intestinal, et que les fibres longitudinales perdent de leur élasticité par suite de la persistance de l'irritation chronique, ainsi qu'on voit la membrane élastique des artères perdre cette propriété, quand ces vaisseaux sont atteints de maladies chroniques.

Il est évident que des recherches ultérieures sont nécessaires pour éclairer ces questions. Je me bornerai à faire remarquer ici, qu'après l'emploi d'un traitement propre à dissiper la congestion, l'inflammation, ou enfin l'obstruction des petits tubes bronchiques ; après avoir mis en usage les moyens conseillés par Laënnec contre le catarrhe sec ; et enfin, après avoir eu recours à tous les moyens capables de diminuer la toux, soit sous le rapport de l'intensité, soit sous le rapport de la fréquence, on pourrait ensuite adopter un traitement capable de stimuler les tissus contractiles du poumon. Jusqu'à présent, nous ne connaissons aucun moyen qui puisse rendre leur élasticité aux fibres longitudinales du poumon ou à la tunique moyenne des artères ; mais nous connaissons des substances qui ont la propriété de stimuler la fibre musculaire et de lui rendre sa contractilité vitale, au moins pour les tissus qui sont sous l'influence directe du centre cérébro-spinal. La strychnine pourrait offrir des avantages sous ce rapport. C'est une

chose digne d'être essayée. En effet, si, comme il y a tout lieu de le croire, le rameau pulmonaire de la huitième paire est un nerf du mouvement pour le poumon, nous pouvons espérer qu'une stimulation exercée, au moyen de la strychnine, sur l'axe cérébro-spinal, aura une influence favorable sur la paralysie des fibres musculaires des bronches.

IIe Partie. — *Paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme.*

Sans approfondir la question de savoir si, *dans tous les cas,* les maladies organiques des viscères thoraciques sont suivies d'un changement dans le volume de ces organes, nous pouvons diviser les maladies de la poitrine en deux classes :

1° Celles où ce changement n'existe point d'une manière appréciable pour nous ;

2° Celles où il existe manifestement.

Il est évident que, dans la seconde classe, il faudra faire une subdivision pour celles ou ce changement consiste dans une augmentation de volume, et pour celle où il consiste dans une diminution.

Cette division s'applique beaucoup plus aux cas individuels qu'aux maladies elles-mêmes; car la même maladie, qui, chez une personne, détermine un changement de volume, n'en produira point chez un autre ; et chez le même sujet, on peut trouver à différentes périodes d'une maladie, tantôt une augmentation, tantôt une diminution de volume.

L'augmentation de volume est de deux espèces. Il peut y avoir augmentation actuelle de volume dans le parenchyme de l'organe, comme nous le voyons dans l'hypertrophie du poumon ou du cœur ; ou bien l'enveloppe séreuse de ces organes peut être distendue par le produit de la maladie, de manière à déplacer les parties environnantes, et à donner lieu ainsi aux signes physiques les plus importans. Ces affections, lorsqu'elles vont jusqu'à produire un changement manifeste dans la forme des parties environnantes, peuvent être désignées sous le nom de *maladie par accumulation.* Nous verrons que le diagnostic de ces dernières est fondé, jusqu'à un certain point, sur des principes qui sont semblables.

Mais une division plus importante est celle qui est fondée sur le résultat de la maladie, c'est-à-dire, la diminution ou l'augmentation de la quantité d'air qui est contenue dans le thorax. Dans la grande majorité des cas, il y a diminution de cette quantité d'air ; mais dans quelques autres elle est augmentée. Maintenant, si nous considérons, d'une part, l'empyème, et d'autre part, la dilatation des cellules aériennes et le pneumo-thorax, nous trouvons que ces maladies par accumulation peuvent s'accompagner, soit d'une diminution, soit d'une augmentation dans la quantité de de l'air; de telle sorte que leur diagnostic dépend, d'abord, des preuves de l'accumulation, et ensuite des propriétés physiques de la matière accumulée. Dans l'empyème, il y a accumulation et compression exercée par un fluide non élastique, tandis que dans l'emphysème de Laënnec et dans le pneumo-thorax, il y a aussi accumulation, mais de fluide élastique. Cette considération nous fait faire le premier pas dans le diagnostic différentiel de ces lésions. Dans l'empyème, nous avons, outre les preuves du déplacement du poumon, des parois de la poitrine, du médiastin et du diaphragme, celle d'une *diminution dans la quantité de l'air,* diminution qui peut aller presque jusqu'à l'absence totale dans le côté affecté, *le son étant mat à la percussion.* Dans les deux autres affections, nous avons aussi un déplacement qui est semblable à celui qu'on observe dans l'empyème, pour ce qui regarde les parties non musculaires du thorax ; mais il y a des signes qui indiquent que la quantité d'air loin d'être diminuée, est augmentée, la résonnance étant naturelle ou même morbide.

Si nous comparons la poitrine de deux individus dont l'un est attaqué d'empyème, et l'autre de dilatation des cellules pulmonaires, nous remarquons que tous les deux fournissent des signes d'accumulation, car la paroi latérale du thorax est dilatée et le médiastin est déplacé ; mais à un examen plus attentif, nous trouvons quelques différences importantes entre ces deux maladies dans l'influence qu'elles exercent sur les parois du thorax relativement aux parties musculaires de ces parois.

Cela nous conduit à un sujet de recherches extrêmement intéressant ; savoir, l'influence de ces maladies par accumulation sur les parties musculaires, c'est-à-dire, sur les parties les plus vitales des parois thoraciques. Je vais examiner l'état des muscles intercostaux et du diaphragme dans les deux maladies que j'ai choisies comme terme de comparaison.

Depuis longtemps on a décrit comme signe pathognomonique de l'empyème le poli tout particulier de la surface de la poitrine, qui dépend, comme chacun le sait, de ce que les muscles intercostaux ont cédé et ont permis aux espaces intercostaux de s'effacer. En outre, ainsi que je l'ai démontré dans un autre travail, le diaphragme cède de la même manière, au point de devenir concave vers la poitrine et convexe vers l'abdomen, refoulant au devant de lui les viscères qui occupent la partie supérieure de la cavité abdominale.

Mais ces phénomènes ne sont point aussi marqués dans la dilatation des cellules pulmonaires, puisque dans cette maladie, ainsi que je l'ai dit plus haut, la poitrine peut être considérablement dilatée, sans qu'on observe l'aspect particulier dont il est question. Les espaces intercostaux restent, dans tous les cas, profonds et bien marqués, et, dans une partie des cas, le diaphragme reste non affecté, lors même que la pression est assez forte pour déformer la poitrine. D'où vient cette différence remarquable ? Dans l'empyème, il y a une combinaison de causes vitales et de causes mécaniques ; une inflammation suivie d'une compression, laquelle est exercée par un liquide. Dans la dilatation des cellules, il y a seulement compression exercée par un fluide élastique. C'est dans la circonstance d'une inflammation, d'une pleurésie, qui produit l'épanchement dans l'empyème, et qui continue d'agir longtemps après que l'épanchement s'est formé, que

nous trouvons l'explication de l'état de dilatation des muscles intercostaux et du diaphragme.

Quand une membrane muqueuse ou séreuse est enflammée, les tissus musculaires qui lui sont contigus en éprouvent une influence défavorable. On y observe d'abord une augmentation de l'innervation, démontrée par les douleurs et les spasmes dont ils sont le siége ; et plus tard, une paralysie plus ou moins complète. Les mêmes phénomènes ont lieu quand l'inflammation a son siége dans *les tissus musculaires eux-mêmes*, ou dans le *centre cérébro-spinal d'où ils reçoivent leur innervation.* Dans tous ces cas, soit d'inflammation contiguë, soit d'inflammation du tissu musculaire lui-même, soit enfin d'inflammation du cerveau ou de la moelle épinière, nous observons d'abord l'innervation en plus, et ensuite en moins. Quand ce second état survient, les fibres musculaires perdent leur contractilité ; si l'organe est un canal entouré de fibres musculaires, si c'est une expansion membraniforme semblable aux muscles intercostaux et au diaphragme, il cède facilement à la compression (1).

Ainsi, la véritable explication de la saillie que forment les muscles intercostaux et le diaphragme, c'est qu'ils sont atteints de cette paralysie qui est la conséquence de l'inflammation d'un tissu contigu; et qu'ayant perdu leur faculté contractile, ils cèdent facilement à la même compression à laquelle ils résistaient avec efficacité dans leur état d'intégrité, ainsi que nous l'avons vu pour les cas d'emphysème vésiculaire.

Cette théorie se trouve d'accord avec les résultats de l'observation. Au début de la pleurésie, la douleur est très-vive ; la respiration est difficile et accélérée ; la douleur est exaspérée par une profonde inspiration, et cependant il n'y a aucune saillie des espaces intercostaux et du diaphragme; mais ces expansions membraneuses sont plutôt dans un état spasmodique qui correspond parfaitement à l'état d'innervation en plus qui s'observe dans le premier degré de l'irritation musculaire.

Mais quand la maladie est plus avancée, on observe des phénomènes inverses ; la douleur cesse ; la dyspnée diminue considérablement ; la respiration devient plus lente ; le côté malade du thorax est à peine mobile, tandis que l'autre se meut avec une grande énergie, et alors *les espaces intercostaux et le diaphragme cèdent*, donnant lieu les premiers à cette surface polie, caractéristique du thorax, et le dernier à l'abaissement des viscères abdominaux. Il n'est pas nécessaire de faire remarquer que ces phénomènes correspondent à l'état d'innervation en moins, c'est-à-dire, à la paralysie des fibres musculaires.

Une autre raison très-importante, c'est que la simple pression ne paraît pas suffisante pour la production du phénomène en question. Si la théorie que je propose est vraie, nous devons trouver que, dans les autres maladies par accumulation où il n'y a point inflammation de la plèvre, mais où il y a seulement compression, la saillie des plans charnus indiqués est beaucoup moins marquée ou même manque totalement. Tel est, en effet, ce que nous observons. Prenons pour exemples l'emphysème de Laënnec, l'hydrothorax, et l'engorgement du foie. Dans ces maladies, il y a des signes de compression de dedans en dehors. Ainsi, dans l'emphysème, nous savons jusqu'où peut aller l'élargissement de la poitrine, ainsi que le déplacement du médiastin et du cœur, et nous avons vu qu'*alors même que le diaphragme a perdu sa voussure (ce qui a lieu dans un certain nombre de cas), son innervation n'est pas détruite.* Dans l'hypertrophie du foie, il y a également compression du dedans au dehors, ainsi que le prouvent l'état du poumon et la déformation de la partie latérale du thorax. Enfin, dans l'hydrothorax la pression est démontrée par la diminution de volume du poumon, qui, bien que doué de fibres musculaires, ne peut cependant résister à la compression qu'il subit extérieurement.

Eh bien! malgré cette pression énergique, les espaces intercostaux se conservent, sans céder, dans tous les cas d'emphysème et d'hypertrophie du foie, et dans un grand nombre au moins des cas d'hydrothorax. Ce fait peut être vérifié d'une manière constante pour l'emphysème et l'engorgement du foie, et je l'ai observé récemment *dans trois cas d'hydrothorax symptomatique.* Dans ces trois cas, bien que la collection de sérosité s'élevât à plusieurs pintes, et que le poumon correspondant fût réduit à un très-petit volume, cependant ni les muscles intercostaux ni le diaphragme n'avaient cédé.

Il y a quelques années, j'ai insisté sur la valeur de l'absence de dilatation intercostale, pour distinguer si un foie a augmenté de volume, ou s'il est seulement déplacé.

Une dernière preuve, c'est que, dans certains cas d'empyème, j'ai observé que le diaphragme cédait *soudainement* à une certaine époque de la maladie, après avoir conservé jusque-là sa position naturelle. Ce phénomène était aussi étendu qu'il était subit ; et, dans un cas, *il n'y avait aucune raison pour croire que la quantité du liquide fût augmentée.*

Je crois avoir établi que la saillie des espaces intercostaux et la dépression du diaphragme dans l'empyème, sont dues principalement à la paralysie de ces expansions musculaires ; et, sans nier l'influence qu'exerce la compression, je pense que cette cause mécanique ne joue qu'un rôle secondaire et accessoire. Si ce point de doctrine est vrai, il fournira quelques renseignemens pour le diagnostic. En effet, nous aurons un signe différentiel nouveau entre l'hydrothorax et l'empyème, et peut-être un moyen de mesurer l'intensité de l'inflammation, dans un cas donné de cette dernière maladie.

Voyons maintenant quelle est l'influence de la paralysie des muscles cités sur la contraction du côté, que Laënnec a décrite le premier comme une conséquence

(1) On peut citer, par analogie, les recherches d'Abercrombie, sur l'iléus, qui ont démontré que la portion contractée du tube intestinal est saine, et que les altérations morbides ont leur siége dans la portion dilatée, la perte du ressort de ces dernières étant la vraie cause de la dilatation.

de l'absorption des épanchemens inflammatoires de la plèvre. Il a assigné deux causes à ce phénomène, savoir l'enchatonnement du poumon dans une membrane fibro-cartilagineuse, et la diminution de son volume, suite de la compression et de la maladie. Mais on peut ajouter à ces causes, l'état d'inertie de ces muscles qui agissent si puissamment pour développer la poitrine. Les muscles intercostaux ne soulevant plus les côtes, et la portion correspondante du diaphragme ne se contractant plus, il en résulte que le poumon ne pourrait plus reprendre son volume, après la résorption de l'épanchement, lors même qu'il ne serait pas bridé par une fausse membrane, ou atrophié par suite de la compression ou de la maladie. Le poumon conserve son petit volume, parce qu'il n'est plus dilaté par les efforts inspiratoires. Laënnec avouait lui-même que la présence d'un fibro-cartilage n'est pas nécessaire pour la production de cette contraction, ce que j'ai pu vérifier par plusieurs autopsies. Dans les cas de guérison que j'ai observés, j'ai toujours remarqué que moins l'inflammation était intense, et plus, par conséquent, la maladie se rapprochait de l'hydrothorax, moins il y avait de contraction après la résorption du liquide.

Je ne puis m'empêcher de signaler, pour des recherches ultérieures, quelques autres applications de ce fait. Dans les diverses formes de maladies thoraciques, nous voyons, dans trois cas différens, le tissu musculaire affecté par l'inflammation d'un autre tissu. Ces cas sont la *pleurésie*, dont je viens de m'occuper, la *bronchite* et la *péricardite*. Dans ces affections, on a bien reconnu la participation du tissu musculaire à la souffrance dans les premiers temps de la maladie, mais on a complétement négligé les effets de l'inflammation à un degré plus avancé.

Relativement à la bronchite, on aurait à rechercher jusqu'à quel point la paralysie des muscles circulaires de Reissessen peut rendre compte de l'accumulation qui se fait dans les bronches, et qu'on voit si souvent dans les fièvres catarrhales graves. On voit toujours alors les malades mourir *sans prostration générale*, mais, au contraire, avec une force musculaire remarquable, quant aux muscles de la vie animale. Les seuls muscles qui aient perdu leur action sont ceux de la vie organique qui ont été affectés de la manière qui vient d'être décrite. En vain dégage-t-on la poitrine à plusieurs reprises au moyen des vomitifs, et emploie-t-on tous les moyens propres à dissiper la congestion et l'inflammation, la mort n'en survient pas moins. On aurait à chercher jusqu'à quel point cette condition anatomique particulière doit nous porter à modifier le traitement et à chercher quelque agent thérapeutique capable d'exciter la contraction des tubes bronchiques. En outre, cette théorie nous permet de mieux comprendre comment le traitement antiphlogistique continué après la première période de la bronchite ou celle du spasme musculaire, est souvent suivi d'une abondante accumulation dans les bronches; et elle nous donne une nouvelle explication de l'efficacité des stimulans, soit généraux, soit spécifiques, dans les périodes avancées de la maladie, c'est-à-dire, celles où il est probable que les fibres circulaires sont atteintes de paralysie.

On pourrait rechercher quelle est l'influence de cet état dans la production de la dilation des bronches : tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que l'explication de Laënnec est trop mécanique et que ce point de pathologie offre une lacune à remplir.

Enfin, dans la péricardite, on explique ce fait singulier, que la mort soit causée par l'inflammation d'une membrane aussi limitée que le péricarde, tandis qu'une poche aussi étendue que la plèvre peut-être affectée dans toute son étendue, avec conservation de la vie. Si, de ce point de vue, nous examinons les symptômes de la première et de la seconde période de la péricardite, nous trouverons facilement l'analogie qui existe entre cette maladie et la pleurésie ou l'entérite. Dans la première période, les violentes palpitations et la dureté du pouls décèlent l'excitation musculaire, semblable à celle qu'on observe dans la première période de la pleurésie ou de l'entérite. Dans la période suivante, les lipothymies, la faiblesse du pouls, le refroidissement, la faiblesse d'action du cœur, la difficulté de la circulation, sont des signes de la paralysie du cœur, c'est-à-dire, d'un état du tissu charnu du cœur analogue à celui où se trouvent les muscles intercostaux dans l'empyème, et les fibres circulaires de l'intestin dans l'iléus.

En admettant que le cœur est dans un état de demi-paralysie dans les périodes avancées de la péricardite, ne peut-on pas expliquer l'anévrysme actif qui succède communément à cette maladie. Lorsque le cœur est affaibli, il cède à l'effort du sang, et ses cavités se distendent graduellement. Supposons maintenant que le travail inflammatoire cesse, et que les fibres musculaires recouvrent leur tonicité : ces dernières, à raison de l'augmentation de capacité des cavités, ont un surcroît de travail à accomplir. Elles doivent faire pénétrer le sang dans des vaisseaux qui ne se sont point dilatés d'une manière proportionnelle, et qui par conséquent offrent de la résistance; alors, d'après une loi de physiologie bien connue, elles acquièrent un développement anormal; à la dilatation s'ajoute l'hypertrophie, et un anévrysme actif est établi.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

AVRIL 1836. (2e TRIMESTRE.)

HYGIÈNE.

—

Sur les centenaires et sur les conséquences à tirer de leur nombre plus ou moins grand; par Sir FRANCIS D'IVERNOIS (1).

La question relative aux centenaires appelle la recherche du chiffre qu'on peut regarder comme l'âge *fatal* de la vie ou l'âge *normal* de la mort; non point pour les enfans, mais pour les hommes arrivés au zénith des forces et de la santé.

Ce chiffre n'a point varié depuis deux mille ans, à en juger d'après ce que nous en a transmis un grand personnage de l'antiquité assis sur le trône de Judée ; je veux parler du roi David. Peu de gens ignorent l'obstination avec laquelle il brava les répugnances, et jusqu'aux murmures de ses sujets, en les soumettant tous à être comptés têtes par têtes. Cette opération, qui les classa sans aucun doute d'après leurs âges, dut procurer des faits positifs sur la proportion des vivans qui dépassent leur soixante-dixième ou leur quatre-vingtième année.

Mais ce qu'il va nous en apprendre n'a aucun rapport, ni avec l'*âge d'homme* dont parlent Homère et Hérodote, âge par lequel ils entendaient l'intervalle que prend une génération pour paraître et disparaître, bien moins encore avec le calcul des modernes qui établissent la *vie moyenne* sur le nombre commun des années vécues.

Dans son Psaume XC, le poète sacré paraît s'être replié exclusivement sur lui-même, pour se demander avec sollicitude, jusqu'à quand il pouvait se flatter d'ajourner le tribut

Dont la garde qui veille aux barrières du Louvre
Ne défend pas les rois.

« Les jours de nos années sont comptés et revien-
» nent à soixante-et-dix. S'il y en a de *vigoureux* à
» quatre-vingts ans, il est *retranché* et nous nous en-
» volons. »

D'après ce compte rendu par le roi prophète, on est fondé à admettre que de son temps, ainsi que du nôtre, la quatre-vingtième année était considérée comme fatale, comme l'époque d'un naufrage à peu près universel, comme celle où la race humaine peu dire :

Apparent rari nantes in gurgite vasto.

En l'absence du dénombrement des Juifs qui ne nous est point parvenu, du moins avec le classement des âges où nous en aurions trouvé les preuves, celles-ci sont consignées dans le dernier Census des Anglo-Américains qui se prétendent le peuple de la chrétienté qui conserve le plus longtemps ses vieillards. Et cependant, leur Census de 1830 a constaté que sur 10,526,248 recensés vivans, dans la race blanche, il ne s'en est présenté que 39,343 *au-dessus* de 80 ans. Cette insignifiante proportion, 1/274, suffit déjà pour juger combien à cet âge sont clair-semés ceux qui ont échappé au naufrage : mais en revanche, les Américains prétendent avoir compté, parmi ces derniers, 539 centenaires.

Depuis qu'on a commencé à publier des tables de mortalité échelonnées sur l'âge des morts, tables qui méritent en général peu de confiance, quant à l'âge des centenaires, on peut tenir pour constant que leur nombre proportionnel varie considérablement d'un pays à l'autre. Or, il ne saurait être indifférent de démêler si la proportion de ces vétérans de la vie, peut servir de compas pour mesurer la vitalité ou même la longévité respective des peuples.

Il y a une quarantaine d'années que cette question, qui n'est pas sans quelque intérêt pour la physiologie, fut soulevée et à demi tranchée par le docteur Odier. En comparant les registres mortuaires de Genève et de Philadelphie, il vérifia que les trois quarts des individus nés dans cette dernière ville étaient déjà morts à l'âge de quarante-trois, c'est-à-dire, ajoutait-il, *sept ans plus tôt* qu'en Europe : mais il vérifia également que parmi ceux des Philadelphiens qui dépassaient cet âge, un plus grand nombre parvenait à une vieillesse fort avancée. D'où il tira cette conclusion : — « Le
» grand nombre de *centenaires* ne prouve pas qu'on

(1) Extrait de l'*Analyse des Registres de la paroisse vaudoise de* Montreux, *pour les trois années* 1832, 1833 et 1834.

Voyez la *Biblioth. Universelle*, septembre 1835.

» jouisse d'une plus grande probabilité de vie. Au con-
» traire (1). »

On doit regretter qu'un esprit aussi pénétrant n'ait pas developpé une proposition en apparence si paradoxale, et qu'il n'ait point essayé de donner la clef de ce *contraire*. Je me flatte de l'avoir découverte à Genève, mais surtout à Montreux, où de mémoire d'homme on n'a entendu parler d'un seul centenaire, et dont le registre, tenu depuis près d'un siècle, avec un redoublement d'exactitude, n'a inscrit que deux nonagénaires qui aient atteint leur quatre-vingt-seizième année (2).

Il est à regretter aussi que, du temps du docteur Odier, la Russie n'eût point encore publié les registres mortuaires qui sont venus compliquer la question, en adjugeant aux Russo-Grecs une proportion de centenaires dix à vingt fois plus fortes que celles de l'Angleterre et de la France. L'année 1819, entre autres, n'y en a pas compté moins de *mille sept cent quatre-vingt-neuf*, dont *deux* âgés de cent soixante ans!!!

De pareilles chiffres, mis au jour par un corps aussi respectable que le Saint-Synode grec, ont entraîné le célèbre voyageur et économiste anglais, M. Jacob, à professer une opinion directement opposée à celle de l'écrivain genevois, opinion qui n'a été toutefois, comme l'autre, qu'un prononcé affirmé mais non raisonné (3). Je me trouve autorisé par l'écrivain britannique à dire ici que, dans une visite dont il m'honora depuis son ouvrage, et où je ne manquai pas de lui exposer mes doutes sur la justesse de sa conclusion, il finit par en tirer une toute conforme à celle du docteur Odier, et m'invita même expressément à en faire part au public, si jamais je prenais la plume sur ce sujet.

A quelque degré que soit amplifié le chiffre du Synode russe (et l'amplification est vraisemblablement sans mesure), je n'entends cependant point contester qu'il ne puisse l'emporter sur ce qu'on connaît ailleurs. Encore moins prétends-je contester qu'il ne soit une preuve de longévité chez ceux des Russes qui atteignent les dernières limites de la vie; mais j'incline à croire qu'un nombre démesuré de centenaires, loin d'être un indice de la *vitalité des masses*, est plutôt une PREUVE CONTRAIRE.

Ce phénomène, car c'en est un, ne saurait être nulle part ni un jeu du hasard, ni un bienfait du climat, ni l'attribut particulier de telles ou telles races, qui toutes sont également soumises aux lois de la nature. Le prétendu bienfait de cette disproportion tient principalement à celle des nouveau-nés. Plus ceux-ci sont nombreux, comme en Russie (où leur chiffre s'est élevé à 1,925,105 dans la dernière année à moi connue), plus ils présenteront de ces êtres rares, dotés d'une constitution physique assez extraordinairement vigoureuse pour écarter d'eux l'atteinte des maladies, et leur faire braver longtemps les coups de la fortune et de la misère. Voilà pourquoi les habitans de la misérable Islande qui, bien qu'un peu moins nombreux que ceux du canton de Genève, engendrent et enregistrent, année commune, un nombre presque double d'enfans, enregistrent aussi, presque chaque année, un ou plusieurs centenaires, tandis que les Genevois n'en ont vu que deux depuis le commencement de ce siècle.

Il faut à la fois et de la philosophie dans l'esprit et quelque courage, pour oser féliciter un peuple d'un décroissement simultané dans le nombre de ses centenaires et dans celui de ses naissances. Le docteur Odier eut l'un et l'autre. S'il ne vit pas d'emblée toute l'affinité qui existe entre ces deux décroissemens, il l'entrevit et mit ses compatriotes sur la voie d'en saisir les avantageux résultats.

Mais laissons de côté l'Islande et Genève, pour une digression de quelque importance sur ce qui se passe dans le vaste empire russe.

En même temps que les derniers registres synodiens y indiquent une progression constante dans la survenance des nouveau-nés, ils indiquent aussi une progression accélérée dans leur départ avant l'âge utile. Si d'un côté ce peuple a l'avantage, en supposant que c'en soit un, de conduire jusqu'aux dernières limites de la vie un plus grand nombre de vieillards longtemps penchés sur la tombe sans pouvoir y tomber; de l'autre il a le désavantage de perdre un beaucoup plus grand nombre d'enfans, avant de les amener à la puberté. En y réfléchissant mûrement on finira bien par entrevoir que, de peuple à peuple, l'avantage réel et final doit demeurer à celui qui, sur un nombre donné de têtes, en comptera le moins dans la première enfance et le moins dans la seconde; mais il est facile de comprendre aussi que c'est au peuple à centenaires que la plupart des hommes assigneront la palme de la longévité. Elle lui sera d'autant moins refusée qu'on ne s'occupe guère que des survivans qu'on voit, sans s'enquérir de ceux de leurs contemporains qu'ils ont laissés derrière eux, et sur lesquels la mort a passé son niveau.

Et cependant comment s'expliquer l'anomalie d'un pays où les vieillards vivraient beaucoup plus longtemps qu'ailleurs, et les enfans beaucoup moins? Serait-ce que le rigoureux climat de la Russie est aussi favorable à la seconde enfance que préjudiciable à la première?... Le climat, à l'aide duquel il est toujours si facile d'expliquer ce qui paraît inexplicable, ne saurait résoudre la difficulté, puisque le docteur Price a découvert le même chiffre mortuaire, ou à peu près (1 sur 49 et 1 sur 50), dans la froide Norwège et dans l'île de Madère, dont le salubre et délicieux climat est le perpétuel objet des souvenirs de ceux qui l'ont habitée.

---

(1) *Bibliothèque Britannique de Genève*, année 1797.

(2) A dater de l'année 1754, où l'orbituaire de Montreux était encore tenu par le marguilier et commença à l'être par le pasteur, on y a compté jusqu'en 1830, 28 nonagénaires, dont deux seulement de 96 ans, et *deux cent trente-huit* octogénairse.

(3) Dans son célèbre rapport « On the agriculture of the conti-
» nental states, imprimé en 1828 par ordre de la Chambre des
» Communes, se trouve ce passage, p. 134 : I must remark that
» even in Russia, the increase of population seems to depend less
» on the increased number of births, than on the more extended
» lenght of human life.

La grande disproportion des centenaires russes paraît donc tenir à d'autres causes qu'au climat, causes dont l'exploration complète tout autant la science administrative que celle de l'hygiène. Seulement faut-il bien vérifier le phénomène avant d'en chercher l'explication. Or, quand on retrancherait une moitié des 869 *centenaires* auxquels le registre russe de 1829 a encore accordé ce triste brevet, leur nombre, ainsi réduit, n'en resterait pas moins triple de celui porté aux Annuaires français, où il a figuré jusqu'ici pour environ 150 en moyenne.

Et le retranchement ne saurait paraître trop fort à quiconque aura lu, dans le *Bulletin des sciences géographiques*, l'avertissement d'un voyageur français qui a longtemps habité la Russie. Il dit que ses habitans sont universellement et patriotiquement préoccupés de l'idée que leur climat d'airain est le plus favorable qu'on connaisse à la durée de la vie ; qu'ils attachent une espèce de point d'honneur à compter, à eux seuls, presque autant de centenaires que le reste de l'Europe, et qu'ils se plaisent à en retrouver chaque année une nouvelle confirmation dans leurs calendriers officiels. Il assure que, pour caresser ce préjugé national, les popes, qui le partagent, ne demandent pas mieux qu'à enfler l'âge de tout vieillard dont leurs fonctions les appellent à inscrire le décès. A l'en croire, le clergé subalterne s'en fait d'autant moins de scrupule, que, d'une part, cet acte de complaisance ne nuit à personne, et que, de l'autre, les anciens registres propres à vérifier l'âge des prétendus *centenaires*, manquant le plus souvent, le prêtre est comme forcé de s'en rapporter à la tradition qui, là, comme ailleurs, et plus qu'ailleurs, l'exagère toujours.

L'écrivain qui s'est ainsi égayé à Paris aux dépens des popes russes, ne se doutait guère qu'ils ont été dépassés dans les préfectures françaises par les employés subalternes chargés d'y mettre en ordre ou de sommer les registres mortuaires dont elles transmettent le relevé au ministère de l'intérieur. Ils se sont amusés à y *tripler* le nombre de centenaires décédés (1), amplification assez semblable à ce qui se passe aux États-Unis pour le chiffre des centenaires vivans.

Aussi ne saurions-nous trop inviter le lecteur à se tenir en grande défiance sur presque tous les chiffres de centenaires décédés ou vivans, que nous allons passer en revue. En Prusse, où le contrôle de leur âge serait moins difficile en raison de l'exactitude des registres des naissances et de leur ancienneté, les nouveaux tableaux mortuaires n'ouvrent plus de case séparée pour les *centenaires* qui restent confondus avec les *nonagénaires*, et figurent en bloc sous cette rubrique, *au-dessus de* 90 *ans*. — On a jugé, dit leur savant directeur, M. Hoffmann, dans une lettre qui m'a été communiquée, que le grand âge est toujours déterminé d'une manière *plus ou moins incertaine*. »

Si l'on excepte l'Angleterre, où M. Rickman n'a rien négligé pour arriver au vrai, et se flatte de l'avoir atteint ou approché, en portant à *cent et cinq* la moyenne des centenaires annuellement décédés (1) ; la plupart des registrateurs continentaux, qui tiennent à ceux-ci un compte ouvert, en exagèrent le nombre, et quelques-uns presque autant qu'en Russie. Celui de Bohême, entre autres, dont j'ai eu sous les yeux une copie officielle pour l'année 1828, n'a pas compté, sur 120,135 décédés, moins de 123 centenaires, et le registre de 1833 en a encore indiqué 121 !

En 1825, sur 145,937 décédés, la statistique officielle de Naples a mentionné 48 *morti oltra i centi*.

En 1828, sur 73,996 décédés, le registre du royaume de Lombardie en mentionna 26, et en Danemark, où la vie est sensiblement plus longue qu'en Italie, sur 21,545 décédés, le registre de 1819 n'en fit ressortir que *six* qui eussent vécu cent ans ou au-delà.

---

(1) L'hyperbole vient d'être mise au jour, comme *fruit de l'imagination des employés de préfectures*, dans le commentaire qui a accompagné le premier essai d'une table générale de mortalité dressée par M. Demonferrand, sur les feuilles des préfectures, et présentée par lui à l'Académie des Sciences, le 26 septembre 1835, sous les auspices de MM. Poisson, Mathieu et Dupin, commissaires *ad hoc*.

D'après cette table semi-officielle qui embrasse les 11,793,289 individus décédés en France, depuis le 1er janvier 1817 jusqu'au 31 décembre 1832, il appert que la *moyenne* des centenaires annuellement inhumés et enregistrés pendant ces quinze années, n'a réellement été que de *quarante-huit*, quoique leur chiffre se fût toujours élevé entre *cent quarante* et *cent cinquante*, sur les Annuaires du Bureau des Longitudes.

En voici la moyenne, d'après ces premières rectifications. — A cent ans, 23 : — A cent un, 13 : — A cent deux, 6 : — A cent trois, 4 : — A cent quatre, 2. — Total, *quarante-huit* centenaires, où ceux du sexe féminin ont figuré pour 25.

Et voici un relevé du même genre pour les centenaires Russo-Grecs inhumés en 1829, sur 619,232 décédés *mâles*. — De cent à cent cinq ans, 591 : — De cent cinq à cent dix, 114 : — De cent dix à cent quinze, 78 : — De cent quinze à cent vingt, 41 : — De cent vingt à cent trente, 7 : — De cent trente à cent trente-cinq, 8 : — De cent trente-cinq à cent quarante, 2 : — De cent quarante à cent cinquante, 1 : — Et de cent cinquante à cent soixante, 1. — Total, 869 MALES.

Quand on n'en retrancherait que les *deux tiers*, ainsi que vient d'en agir à Paris l'Académie des Sciences envers les centenaires français, encore en resterait-il assez pour avoir autorisé M. Jacob à présumer que la population russo-grecque, celle de l'Europe où la vie est de beaucoup la plus courte, ne doit pas moins s'augmenter en raison du nombre d'années vécues, qu'en raison du nombre toujours croissant de ses naissances.

(1) Ce chiffre est la moyenne de 1,900 centenaires enregistrés comme tels en Angleterre et au pays de Galles, pendant les dix-huit années terminées au 31 décembre 1830, années qui inscrivirent 3,988,496 sépultures.

Le rapport eut soin de mentionner les noms et les lieux de résidence des douze centenaires les plus âgés, dont l'un avait atteint sa 124e année. Mais en fournissant ces données, M. Rickman y ajouta l'avertissement suivant : — *The proportion of existing centenarians is* no valid indication *of national health or longevity*. (Préface, p. XLII.)

Finalement, la Suède, où les états de population sont tenus avec une exactitude exemplaire, mais où la proportion des naissances est moindre qu'en Bohême, n'a compté, en 1828, que *cinq* décédés au-dessus de cent ans.

Quiconque prendrait à la lettre les deux plus libéraux de ces registres, ceux de Russie et de Bohême, ne manquera pas d'en inférer que la race slavonne est tout à la fois moins et plus vivace que les autres; moins dans l'enfance et plus dans la vieillesse : je me permets d'en douter. Il s'en faut de beaucoup sans doute que les peuples marchent à la mort d'un pas égal; mais la cause en est dans leurs institutions politico-sociales, et dans le degré de bien-être auquel celles-ci les élèvent

Il semble qu'on pourrait mieux se fier sur les *Census*, ou dénombremens des centenaires encore *vivans*, parce qu'ici du moins on est en mesure de les questionner sur leur âge; et cependant les exagérations en ce qui les concerne, paraissent tout aussi grandes qu'envers ceux qui ne peuvent plus répondre.

Le premier qu'on connaisse en ce genre, est celui dont parle Pline le jeune; Census qui, sous le règne de Vespasien, compta dans les contrées situées entre les Apennins et le Pô, 124 centenaires mâles vivans.

Mais comme Pline n'a produit ni le chiffre de la population, ni celui des décès, et qu'il ne dit point si les esclaves et les femmes y furent laissés de côté, son document statistique n'est bon à rien, si ce n'est à nous apprendre que les anciens Romains, ainsi que les Scythes modernes, attachaient à la proportion des centenaires une idée favorable à la longévité des masses.

Le 2e Census est celui de la Suède qui, en 1805, avant l'acquisition de la Norwège, compta 17 centenaires vivans, tandis qu'en 1825, la Norwège en a, à elle seule, compté 40.

Le 3e est celui des Anglais, où en 1821, M. Rickman compta ou fit compter un à un, 189 centenaires pleins de vie.

Mais que dire du dernier Census des États-Unis de l'Amérique, qui, en 1830, sur une population d'environ 13 millions d'individus appartenant aux deux races blanche et noire, y aurait compté *deux mille six cent dix-huit* centenaires vivans, nombre bien supérieur à celui que s'adjugent les Russo-Grecs, dont la population est trois fois plus forte!!!

Les seules inductions rationnelles à tirer de ces inexplicables disparates, sont :

1° De n'attacher que peu ou point de foi aux chiffres des *centenaires*, soit décédés, soit vivans;

2° De se défier de la disposition nationale de certains registrateurs à distribuer ce diplôme à une foule de vieillards qui ne devraient être classés, comme en Prusse, que dans la catégorie *au-dessus de* 90 *ans;*

3° De n'être point surpris, si plus est élevé le chiffre des statistiques de centenaires, moins il prouve en faveur de la vitalité des peuples qui s'en glorifient.

Tout apocryphes que soient les deux chiffres des centenaires américains et russes, j'ai dû toutefois les mentionner, parce qu'ils nous arrivent des deux contrées où nous sommes sûrs que les enfans sont les plus nombreux et les moins vivaces. Or, il est difficile de ne pas bâtir sur cette association, une hypothèse qui semble propre à dégager l'inconnu du problème.

Comment concilier si la faible conservation des nouveau-nés en Russie et la conservation si forte de ses vieillards, même en réduisant de moitié ou des trois quarts, le nombre de ces derniers? Comment?... l'une par l'autre, et l'une et l'autre par les sévices de l'esclavage personnel, par un régime anti-social qui désaffectionne plus ou moins les mères à des nourrissons qui ne leur appartiendront point.

Ce n'est pas que le régime qui pèse sur les paysans et sur les paysannes russes, empêche celles-ci d'engendrer, ainsi que le déplorait Catherine, 12, 15 et jusqu'à *vingt* enfans; mais ces essaims d'enfans ne rendent que plus impossibles les soins indispensables pour leur assurer pleine vie.

Si à l'esclavage des Russes je n'associe point la misère, ce n'est pas qu'elle ne doive être grande, en Sibérie surtout, où la vie est si pénible; c'est que le peu que j'ai vu de l'ancienne Moscovie, m'a persuadé que, pour ce qui concerne les quatre principaux besoins de la vie animale, — alimens, vêtemens, logemens et combustibles, le gros des paysans russes, c'est-à-dire environ 30 millions d'esclaves, ne sont ni plus dénués, ni plus à plaindre que le gros des paysans allemands, français, irlandais, calabrais, portugais, etc. Mais leurs jouissances, car ils en ont, sont empoisonnées par le venin de la servitude personnelle.

Ce n'est pas non plus qu'on ne se fasse, dans notre Europe occidentale, des idées fausses sur la nature des rapports domestiques et journaliers de l'esclave russe avec ses maîtres. J'ai vu, dans les grandes villes du moins, la plupart de ces derniers exercer leur empire absolu avec une modération et une familiarité débonnaire qui ressemblent peu à la distance à laquelle sont tenus les esclaves noirs dans les États méridionaux de cette jeune Fédération américaine, si fièvre d'avoir, la première, donné le mot d'ordre aux partisans de l'*égalité* et des *droits de l'homme*.

Parmi les circonstances qui, pour les enfans russes, abrègent le plus leur chance de vivre, il faut placer d'abord après l'excessive fécondité des mères, les dégradantes superstitions qui, en tout pays, assiègent les victimes de l'esclavage, auxquelles il laisse du moins le plus libre arbitre pour certaines croyances que l'autorité du maître, ses remontrances ou ses châtimens, ne sauraient ni déraciner, ni même ébranler.

C'est ainsi qu'en Russie, où le baptême a lieu par immersion, les seigneurs ont jusqu'ici vainement essayé de persuader leurs paysans qu'il serait tout aussi efficace en s'abstenant, pendant l'hiver, d'eau froide et surtout glacée.

Un autre préjugé qui tient à celui-ci, y donne lieu à un spectacle dont j'ai été parfois le témoin; celui d'enfans qui jouent presque nus dans la neige. Ils ne tardent pas, il est vrai, à venir se chauffer et se sécher sur le poêle brûlant de la chaumière; mais c'est pour

recommencer bientôt leurs ébats, sous les yeux même des parens, qui disent en avoir fait autant, et assurent que cet exercice fortifie les êtres faibles.

Que ces bains de glace brûlent la vie d'un nombre plus ou moins grand d'enfans délicats, la chose n'est que trop vraisemblable; mais serait-il donc invraisemblable que pour ceux qui résistent à l'épreuve de ce fortifiant, il devînt un creuset dont leur constitution sort retrempée et réellement fortifiée?

Ce qui autoriserait à le croire, c'est que les écrivains russes, d'accord avec les étrangers qui ont parcouru cet empire, reconnaissent que les centenaires qu'on y rencontre, appartiennent exclusivement à la classe des paysans et des gens de peine. (1)

En définitive, j'attribue le nombre *immodéré* des centenaires annuellement inhumés en Russie (et leur nombre réduit à 400 ou 500, mériterait encore cette qualification), au nombre immodéré des naissances qui s'y élèvent aujourd'hui à près de *deux millions*, chiffre auquel il faudra comparer celui des centenaires dans un siècle d'ici.

Avant dix ans, ces deux millions d'enfans seront déjà réduits à moins de moitié; mais parmi ce faible résidu se trouveront, et en plus grand nombre qu'ailleurs, de ces êtres rares et extraordinairement robustes, déjà préparés à soutenir le choc de la vie par une constitution reforgée à l'enclume de la misère, et tellement endurcis aux coups du sort, qu'ils en deviendront pour ainsi dire inaccessibles aux maladies, et ne verront la lampe de leur vie s'éteindre qu'après que la dernière goutte d'huile en sera consumée.

Moins il survit d'enfans, plus il surnage de vieillards. Telle est, à ce que nous conjecturons, la solution du problème que le docteur Odier n'avait fait qu'ébaucher. Les nations à centenaires, comme les Russes, les Bohémiens, les Anglo-Américains et les Irlandais, celles où les enfans sont le plus nombreux, et par suite les moins vivaces, sont aussi celles qui comptent le plus d'êtres parvenus aux dernières limites de la vie. Mais les peuples qui font trophée de cette frêle et coûteuse acquisition, ne l'obtiennent que par le sacrifice journalier et toujours renaissant d'une foule d'enfans qui n'auraient point dû naître et qui n'apparaissent un moment sur l'avant-scène du théâtre de la vie que pour aller se plonger dans la nuit du tombeau. Quelle économie de vies, d'inhumations, de soins, de dépenses et de souffrances physiques et morales, si, comme les habitans de Montreux, ceux de la Russie en venaient jamais à ne produire qu'une naissance sur 46 vivans, au lieu d'une sur 18 ou 19!

Si après ce qu'on vient de lire, quelque admirateur des centenaires russes fait encore un grief aux habitans de Montreux de n'avoir jamais salué ni exhibé un seul individu parvenu à l'âge séculaire, j'invite ces derniers à exhiber les deux chiffres qui les placent tout au haut de l'échelle vitale.

Vie *moyenne*, 52 ans.

Vie *probable*, 62 ans.

Ces deux chiffres sont un trésor pour la science, non-seulement en raison de leur valeur numérique, qui est prodigieuse, mais surtout par leur *juxta-position* avec les chiffres qui indiquent également la vie moyenne et la vie probable, partout où l'on est parvenu à les tirer au net, entre autres avec ceux de l'Angleterre et de la Belgique, où la vie probable est d'un quart plus courte que la vie moyenne, tandis qu'à Montreux elle est plus longue d'un cinquième en sus.

(1) M. Corbeaux, qui s'est occupé de la même recherche pour les centenaires anglais et écossais, est arrivé à un résultat tout semblable : « The recorded instances of unusual longevity are, al-
» most without exceptions, confined to old soldiers who have
» escaped the worst chances of war, and to peasants whose cir-
» cumstances placed them but a single degree above want of the
» common necessaries. »

M. Quetelet nous apprend de même que les seize *centenaires* vivans recensés en Belgique, *y vivaient dans des conditions très-médiocres.*

J'ai dit ailleurs, que bien que la vie *moyenne* des classes pauvres soit très-considérablement plus courte que celle des classes riches ou aisées, il ne s'ensuit point qu'on vive d'autant plus longtemps qu'on est plus riche. Bien que les soins dont disposent la richesse et l'aisance, conservent la vie de beaucoup d'enfans délicats, ces soins ne sauraient prolonger leur existence fort au delà de l'âge mentionné comme *normal* par le roi David. Pour le dépasser, il faut une constitution physique originairement vigoureuse, entretenue par de longs exercices musculaires et par des travaux en plein air, modérément poursuivis dans l'âge avancé. C'est probablement à la cessation ou à l'absence de ces travaux ou de ces exercices, que les classes riches doivent s'en prendre de ce qu'une vie extraordinairement longue n'est point l'apanage de la richesse.

Un homme de peine qui a franchi sa quatre-vingtième année, et auquel ses forces permettent encore quelques fatigues et travaux corporels, a plus de chances de vivre que n'en a un homme aisé du même âge et en pleine santé.

On ne vit point davantage parce qu'on est plus riche, mais on est d'autant plus sûr d'arriver à l'âge des forces qu'on est moins pauvre.

MÉDECINE LÉGALE.

Observations et expériences sur les plaies produites par des coups de fusil chargés à poudre ou à plomb, et tirés à petite distance; par le Dr Lachèse fils, professeur adjoint de médecine légale à l'école secondaire d'Angers.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les blessures en général, considérées sous le rapport chirurgical ou sous le rapport médico-légal, ont consacré un article particulier aux plaies par armes à feu; ils ont parlé des effets des balles, des boulets, des obus, etc.; mais ils n'ont fait aucune mention spéciale, la plupart du moins, des plaies produites par des coups de fusil chargés à

poudre ou à plomb, et tirés à petite distance. Les uns, en effet, n'en parlent pas du tout (1), d'autres disent que les plaies d'armes à feu peuvent être faites par du menu plomb, mais sans donner aucuns détails sur ce genre de blessures (2); M. Raige-Delorme a consigné dans le Dictionnaire de médecine (3), mais sans aucuns développemens, un principe de la plus grande justesse sur les coups de fusil chargés de plusieurs projectiles d'un calibre moindre que le canon; MM. Roche et Sanson (4) décrivent la plaie faite par un coup de fusil chargé à plomb et tiré d'assez près pour que le coup fasse balle; ils terminent en disant : « Cet accident rentre tout à fait dans l'espèce de celui qui est le résultat du choc d'une balle, qui, après avoir fait une ouverture d'entrée, a été se perdre dans la partie ou l'a traversée ». Enfin, MM. Ménière (5) et Dupuytren (6) ont donné les détails les plus intéressans et des observations sur les plaies qui nous occupent spécialement. Tel est aujourd'hui l'état de la science sur cette matière, mais tel il n'était pas encore le 25 mars 1833, lorsque je partis avec l'autorité judiciaire, pour aller constater un homicide qui venait d'être commis dans le bourg de la Daguénière, situé à deux lieues d'Angers.

Première observation. — Le même jour, deux mariniers, après avoir bu et passé la soirée ensemble dans un cabaret, s'amusaient à faire l'exercice avec la longue *canardière* de leur hôte; soit à cause de la longueur de l'arme, soit par inadvertance, ils ne s'aperçurent pas qu'elle était chargée. L'un, après avoir commandé trois fois la charge et le feu sans aucun accident, prend le fusil des mains du nommé Jean Besnard, en lui disant : « tu ne sais pas bien faire tes mouvemens, commande, tu vas voir comment il faut faire ». Besnard commande la charge, le feu, et reçoit à moins de six pouces un coup qui le tue instantanément.

Autopsie. Extérieur. — Il existait à la partie antérieure droite du cou, à deux pouces au-dessus de la clavicule, à 8 lignes de la ligne médiane, une plaie ovalaire de 10 lignes de largeur sur 13 de hauteur.

A la partie postérieure, à deux pouces de la colonne vertébrale, au niveau de la partie supérieure de l'omoplate, on voyait une autre plaie oblique de dedans en dehors, de haut en bas, et ayant 4 lignes d'étendue dans ce sens.

Le doigt introduit par la première plaie pénétrait dans une cavité beaucoup plus large, remplie d'esquilles et de fragmens de tissus de toute espèce.

Intérieur. — Voulant énumérer avec soin les parties importantes lésées, nous disséquâmes couche par couche, et vîmes que le coup avait plus ou moins complétement détruit la peau, le muscle peaucier, l'artère sous-clavière droite et la veine du même nom; l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne, la partie inférieure du larynx et la partie supérieure de la trachée-artère; le nerf pneumogastrique; les apophyses transverses de la septième vertèbre cervicale, de la première et deuxième dorsales; l'extrémité postérieure de la première et de la deuxième côtes; les muscles de la partie postérieure du cou, dans l'épaisseur desquels s'étaient arrêtées la charge et la bourre, dans un espace ayant 5 pouces environ de diamètre. Au fond de la plaie, située immédiatement au-dessous de la peau, la bourre était au-dessus du plomb, c'est-à-dire moins avant. Un seul grain de plomb avait traversé la peau et fait la petite plaie observée à la partie postérieure.

Poitrine. — Le côté droit de la poitrine contenait plus d'une livre de sang en partie coagulé. Le poumon du même côté était ecchymosé à son sommet et avait été traversé par plusieurs grains de plomb.

Les autres organes étaient sains.

Deuxième observation. — Au commencement de l'année suivante, je fus mandé pour un fait aussi remarquable. Pierre Boiteau, soldat dans un régiment de hussards, et renvoyé dans ses foyers comme soutien de sa famille, reçut le 23 février vers 11 heures du soir, un coup de fusil chargé à plomb et tiré à très-petite distance. Il tourna trois fois sur lui-même, demanda du secours, tomba et périt presque immédiatement. Le lendemain, je fus chargé d'en faire l'autopsie, et j'observai ce qui suit :

Extérieur.—Il y avait à la partie antérieure latérale, droite et inférieure du thorax, une plaie ronde, dont les bords et surtout l'interne étaient comme brûlés; elle était située entre la sixième et la septième côtes, et avait 11 lignes de diamètre; le doigt, introduit dans cette plaie, entrait de suite dans une vaste cavité remplie de sang et de fragmens d'organes.

Intérieur. — Poitrine. — Le cartilage de la sixième côte avait été emporté dans l'étendue d'un pouce au moins.

Le côté droit de la poitrine était rempli par une quantité considérable de sang liquide; entre le poumon et le diaphragme, il existait une masse épaisse de sang coagulé.

Les deux poumons et le cœur n'offraient rien de remarquable.

Abdomen. — Au moment où on enleva les parois abdominales, on donna issue à une grande quantité de sang épanché.

---

(1) De la Martinière, Levacher (*Mem. de l'Acad. de chirurgie, t.* 11.)
Bordenave (*Mém. de l'Acad. de chirurgie, t* 6.)
Hévin (*Cours de path. et de thérap. chirurgicales.*)
Léveillé (*Nouv. doc. chirurgicale, t.* 1.)
Sabatier (*Méd. opéral., t.* 3.)
Lassus (*Path. chirurgicale, t.* 2.)
Richerand (*Nosog. chirurg,. t.* 1.)
Percy et Laurent (*Art. plaies d'armes à feu, Dict. des sc. médic.*)
Orfila (*Leçon de méd. lég., t.* 2, *nouv. édit.*)
(2) Boyer (*Traité des mal. chirurg. t.* 1)
J. Cloquet (*art. plaie du Dict. de médec. t.* 17.)
(3) Art. blessures (*Méd. légale, t.* 5.)
(4) *Nouveaux élémens de path. chirurgicale*, Paris 1833, *t.* 4.
(5) *L'Hôtel-Dieu de Paris en juillet et août* 1830.
(6) *Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre.* Paris, 1834, 2 vol. in-8.

Le diaphragme était traversé immédiatement au-dessous de la plaie faite à la sixième côte, et avait donné passage à toute la charge qui ensuite avait pénétré dans le foie, vers la partie moyenne de son lobe droit.

La face supérieure du foie, dont la plaie principale était déjà beaucoup plus grande que celle faite aux parois du thorax, était labourée tout autour de cette plaie, par de nombreux grains de plomb qui l'avaient dépouillée de son péritoine, en suivant chacun un trajet hors de la direction commune. Le centre du lobe lésé était presque entièrement détruit, réduit en bouillie, dans un espace de 4 à 5 pouces de diamètre, et sa face inférieure offrait une nouvelle ouverture plus large que la supérieure, qui avait donné issue aux corps vulnérans.

La plus grande partie de ces corps avait pénétré dans le rein, la bourre était restée dans l'extrémité supérieure de cet organe; les autres étaient tombés dans la cavité de l'abdomen. Lorsqu'on touchait le rein, on sentait dans toute sa circonférence, mais surtout vers son extrémité supérieure, un grand nombre de grains de plomb qui n'avaient pu percer sa membrane fibreuse, mais qui faisaient saillie sous elle.

La première de ces observations avait suffi pour me prouver l'énorme différence qui existe entre les lésions faites par un coup de fusil chargé à balle, et celles faites par un coup de plomb tiré à petite distance; cependant, je ne voulus pas m'arrêter là et je fis les expériences suivantes:

Première expérience. — Un coup de fusil à plomb fut tiré sur le cadavre très-maigre d'une femme, en imitant autant que possible la direction de celui tiré sur l'homme de la Daguénière. Comme sur cet homme, la plaie extérieure n'avait que 10 lignes sur 12, tandis que le fond avait 4 pouces au moins de diamètre. L'extrémité postérieure des deux premières côtes était aussi cassée; la sous-clavière n'avait pas été touchée, mais du reste, vaisseaux, nerf, colonne vertébrale, tout était brisé ou déchiré.

Deuxième expérience. — Une balle fut tirée de l'autre côté du cou. Elle aurait causé la mort d'une manière très-rapide aussi, puisque l'artère carotide et la veine jugulaire interne avaient été ouvertes; mais du reste, le corps vulnérant n'avait détruit les parties que dans une étendue égale à son diamètre, et n'avait touché ni à la colonne vertébrale, ni aux côtes, ni au larynx, etc.

Troisième expérience. — Un coup de fusil à plomb fut tiré à bout portant dans la cuisse du même cadavre, et dans une direction perpendiculaire à celle du fémur. L'ouverture d'entrée avait de 10 à 12 lignes de diamètre, était ronde, à bords noircis et assez unis, comme si la plaie avait été faite avec un emporte-pièce; le fémur était fracturé d'une manière comminutive dans une étendue de plus de six pouces, et les parties molles déchirées dans une longueur de près de huit, à la sortie.

Quatrième expérience. — Une balle tirée dans la même direction et sur le même point de la cuisse opposée, brisa le fémur dans une étendue de moins de deux pouces à la sortie, et n'avait fait que son trou, avec éclats, à son entrée dans le corps de l'os. A la peau, la plaie d'entrée était moins large que celle observée dans l'expérience précédente; celle de sortie avait quelques lignes de plus, mais en outre la peau était de ce côté comme fendue en haut et en bas.

Cinquième expérience. — Une balle fit son trou dans les parties molles et les os d'un des côtés de la poitrine; les deux ouvertures d'entrée et de sortie étaient presque égales.

Sixième expérience. — Un coup de plomb tiré à un pied environ, ne traversa pas, mais l'ouverture d'entrée avait plus d'un pouce carré, et tous les organes contenus dans la moitié inférieure du côté gauche de la poitrine étaient horriblement dilacérés.

Ces expériences me parurent devoir dissiper les plus légers doutes sur la certitude de mon opinion; je voulus néanmoins en rapprocher quelques observations autres que les miennes, et j'en trouvai deux dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, dont voici une analyse aussi succincte que possible.

Troisième observation. — Je fus appelé au commencement de 1772, dit M. Poumel, chirurgien à Coincy-l'Abbaye, pour donner des soins au nommé Doctrinal, âgé de 48 ans, d'un tempérament assez robuste, qui venait de recevoir sur la poitrine un coup de fusil chargé pour un lièvre, à un ou deux pas de distance. Le sternum fut exactement partagé en deux parties, vis-à-vis les deuxième et troisième côtes. La plaie s'étendait de la partie latérale gauche, près de la tête de l'humérus, jusqu'au côté droit, un pouce au-delà du sternum. La situation du blessé, la direction du fusil, et la convexité de la poitrine étaient telles que le coup avait été porté assez obliquement pour que les poumons n'aient pas été lésés. La plus grande partie du plomb s'était arrêtée dans le sternum, le reste dans les muscles et les côtes. Ce n'est qu'au bout d'un an, malgré le traitement le plus rationnel, que la plaie fut réunie. (Observations sur une plaie d'armes à feu, *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc., t.* 42.)

Quatrième observation. — Le 2 novembre 1759, un maréchal-des-logis du régiment d'Aubigné, dragon, âgé de 29 ans, voulut sauter un fossé étant à la chasse, il prit son fusil de la main droite par le bout de canon, pour porter le bout de la crosse au côté opposé, afin de s'assurer de la solidité du terrain, il n'eut pas la précaution de le désarmer. S'étant appuyé dessus pour sauter, le coup partit à un pied et demi de distance et pénétra dans l'hypocondre droit, sur la troisième et quatrième des fausses côtes.

Le lendemain je trouvai une plaie en rond, à y mettre un gros œuf de poule, avec déchirement à toute sa circonférence qui était noire et racornie; j'y introduisis le doigt pour m'assurer de la direction du coup, et l'ayant porté dans tous les sens, je sentis un délabrement considérable et plusieurs côtes fracassées. En effet, la troisième et la quatrième des fausses côtes étaient brisées; la troisième surtout avait été moulue depuis son attache au cartilage jusqu'à son milieu. La portion restante formait par son extrémité une pointe aiguë et tranchante que je fus obligé de couper; j'enlevai toutes les

pièces d'os détachées, autant qu'il fut possible. Je trouvai une plaie transversale au grand lobe du foie avec perte de substance d'environ trois pouces de longueur, demi de largeur et autant de profondeur, j'y portai le doigt, et sentis plusieurs esquilles et des grains de plomb que j'enlevai. Je trouvai entre les muscles et la portion des côtes restantes un trajet tendant vers la partie postérieure, qu'une partie du coup avait fait. Je prolongeai de ce côté-là les incisions que j'avais déjà faites, et j'en tirai des portions de veste et plusieurs grains de plomb.

. . . . . Après un mois de pansement, le malade se plaignit d'une légère douleur au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, à trois doigts de l'épine du dos. Je jugeai que cette douleur ne pouvait être occasionnée que par la présence de quelques corps étrangers, une partie du coup ayant glissé de bas en haut vers la partie postérieure, entre les muscles et les côtes, à raison de la situation du blessé qui était un peu penché en devant; je sentis un peu de fluctuation, j'y fis une incision, il en sortit beaucoup de matière et plusieurs grains de plomb enveloppés dans des lambeaux de chemise. Je portai mon doigt dans l'ouverture, et je sentis encore une fluctuation sous le grand dorsal, j'y plongeai mon bistouri et fis une incision parallèle à celle que j'avais faite à la peau; je tirai, par cette seconde incision, une esquille de la longueur d'un pouce et de deux lignes de largeur.

Pendant tout le temps de la maladie, il fallut ouvrir une grande quantité de petits abcès formés par des corps étrangers qu'on n'avait d'abord pas pu extraire; la guérison fut complète au bout de deux mois et demi et le blessé dans le cas de vaquer à une partie des exercices que son état exige. (Observation sur une plaie d'arme à feu, faite par un coup de fusil chargé à plomb, par M. Leroux, chirurgien-major du régiment d'Aubigné, dragons. *Jour. de méd. chir. pharm. t.* 19). Si le coup de feu avait porté un peu plus en dedans, toute la charge pénétrait dans le foie, et causait, sans aucun doute, une plaie immédiatement mortelle comme celle qui tua le malheureux Boiteau (2e obs.); mais pour n'avoir pas été suivie de mort cette observation n'est pas moins une nouvelle preuve des terribles effets que peut causer un coup de fusil à plomb, tiré à petite distance, et de la différence qui existe entre ces effets et ceux qui résultent du passage d'une balle. Que de lésions, et de lésions graves, en effet! deux côtes brisées dont une dans l'étendue de plusieurs pouces, une plaie horizontale de trois pouces de largeur à la surface antérieure du foie; une plaie large et profonde entre les muscles de la région postérieure de la poitrine et la portion des côtes restantes; enfin des abcès consécutifs au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, sous le grand dorsal, causés par de nombreux grains qu'on n'avait pu extraire ou par des esquilles portées au fond de la plaie. Quelle balle eût jamais, en suivant un pareil trajet, causé des désorganisations aussi étendues, aussi multipliées? Aucune, assurément, c'est ce que la théorie démontre aussi bien que la pratique.

En effet, une balle en pénétrant dans une partie du corps humain, fait à la peau une ouverture régulièrement ou irrégulièrement arrondie suivant qu'elle est elle-même déformée ou non déformée, d'un diamètre plus petit que celui de la balle, et dont la circonférence, formée par un cercle étroit et noirâtre, est enfoncée du côté des chairs; puis elle suit au milieu des parties qu'elle traverse, un trajet plus ou moins direct suivant les causes de déviation qu'elle peut rencontrer. Si elle trouve un vaisseau, elle l'ouvre ou le contond, si c'est un os, elle le brise, le contond, en enlève des fragmens, ne le blesse que superficiellement ou s'y loge sans le briser, suivant la direction dans laquelle elle le frappe ou sa structure; enfin si elle ressort, elle fait une seconde ouverture irrégulière, comme déchirée, plus grande, et dont les bords font saillie au-dessus du niveau de la plaie.

Une charge de plomb fait à la peau une ouverture dont les caractères varient d'après le calibre de l'arme et surtout d'après la distance d'où est tiré le coup, comme nous le verrons plus tard. Immédiatement après, ou bien quand elle a parcouru un trajet de quelques lignes, suivant encore la distance, chaque grain de plomb (1) suit une marche isolée plus ou moins divergente suivant la force, la résistance, l'élasticité des tissus qu'il rencontre; brise les parties solides qu'il frappe perpendiculairement, dénude celles qu'il frappe obliquement, désorganise les parties molles et s'arrête enfin, après avoir parcouru un trajet de six à huit pouces environ, du moins les plaies faites au cou, à la poitrine, à l'abdomen n'avaient que cette profondeur. Là c'est la principale masse de la charge qui s'arrête, mais beaucoup de grains de plomb vont plus loin, et quelques-uns, situés au centre de la charge, dépassent encore ces derniers: en définitive, la blessure offre la figure de deux cônes à base commune, située dans l'endroit où la lésion est le plus étendue, et dont les deux sommets sont l'un à l'ouverture d'entrée, l'autre au point où se sont arrêtés les derniers grains de plomb. C'est cette base qui dans un organe mou comme le poumon, le foie, où une masse musculaire, a de quatre à six pouces de diamètre.

Ces caractères n'existent que lorsque le coup de plomb traverse une région où il y a une couche épaisse de parties molles ou bien un os considérable: mais dans une région où ces dispositions n'ont pas lieu, où la charge n'a qu'une petite épaisseur de parties molles à traverser, les grains de plomb n'ont pas le temps de se séparer et les deux ouvertures d'entrée et de sortie sont d'autant plus pareilles que le coup a été tiré de plus près.

Je crois donc d'après les observations que j'ai recueillies, d'après celles consignées dans le *Journal de Médecine, Chirurgie et de Pharmacie*, d'après celles rapportées par MM. Ménière (1) et Dupuytren (3), que

(1) Il y a de 250 à 300 grains de plomb n. 7 ou 8, dans un coup de chasse ordinaire.

(2) Ouv. cité.

(3) Ouv. cité 42e et 43e obs.

contrairement à l'opinion la plus généralement admise, un coup de fusil chargé à plomb, tiré d'assez près pour que le coup fasse ce qu'on appelle *balle*, ne produit pas un accident de la même espèce que celui qui résulte du choc d'une balle proprement dit, mais qu'il cause des effets infiniment plus graves et plus étendus.

Le second des faits que j'ai rapportés ayant donné lieu à un procès criminel, je fus chargé par M. le juge-instructeur de résoudre deux questions dont une surtout était de la plus haute importance dans le procès :

1° Un coup de fusil à poudre, tiré d'une aussi petite distance que possible, peut-il faire, au moyen de la bourre, une plaie extérieure pareille à celle faite par un coup de plomb tiré aussi à bout portant?

2° Pourrait-on préciser à quelques pouces près, à quelle distance, un coup de fusil à plomb, qu'on dit avoir été tiré à bout portant, a été réellement déchargé sur un individu qu'il a tué?

Pour m'éclairer sur la première de ces questions, j'avais les faits cités par M. Menière dans son ouvrage intitulé l'*Hôtel-Dieu de Paris en* 1830 (l'ouvrage de MM. Paillard et Marx n'avait pas encore paru), mais sur la seconde je n'avais rien qui pût me guider, rien que l'expérimentation. Des expériences nombreuses et variées pouvaient seules me donner une conviction que je devais plus tard exposer dans le sanctuaire de la justice, au milieu de débats graves et difficiles; je les fis avec soin et persévérance.

Première question. — Un coup de fusil à poudre, tiré à une petite distance, peut-il pénétrer dans les cavités et faire une plaie extérieure pareille à celle faite par un coup de plomb tiré aussi de très-près?

Pour résoudre cette question, il m'était indispensable de tirer sur des cadavres nus, ou recouverts de vêtemens, un certain nombre de coups de fusil chargés à poudre, avec des armes et des charges à différentes distances et sur diverses régions; dix-huit expériences furent faites les 29 mars, 14 juin, 22 et 25 juillet de cette année, et donnèrent les résultats suivans.

1re *expérience.* — Un coup de fusil de munition, chargé avec une cartouche de guerre dont on avait seulement ôté la balle, fut tiré à moins de 2 pouces, au milieu de l'abdomen d'un cadavre nu, un peu au-dessus de l'ombilic : il pénétra. Il fit à la peau et aux muscles une ouverture à peu près circulaire, de 8 lignes de diamètre; blessa le mésentère et plusieurs anses intestinales sans les ouvrir cependant: la bourre fut retrouvée dans l'abdomen, divisée en une grande quantité de fragmens.

2e *expérience.* — Un coup pareil fut tiré à 3 pouces de distance sur la partie supérieure de l'abdomen. La bourre fit la même ouverture que ci-dessus aux tégumens, se trouva déviée par le cartilage de la septième côte droite, perça le diaphragme, et fit au foie une plaie linéaire de 7 ou 8 lignes de longueur, sans pénétrer dans cet organe.

3e *expérience.* — Un coup pareil fut tiré à la même distance sur la paroi gauche de la poitrine du même cadavre; il fit une ouverture de la largeur de l'espace intercostal, fractura la côte la plus inférieure, et vint se loger entre le diaphragme et le poumon gauche qu'il n'avait pas lésé.

4e *expérience.* — Un coup de fusil de munition chargé avec double coup de poudre très-fine, tiré à 2 pouces sur l'abdomen nu d'un autre cadavre, fit la même blessure que celle observée dans les autres expériences.

5e *expérience.* — Un coup de fusil de munition chargé avec une cartouche de guerre moins la balle, fut tiré à 6 pouces sur la même région; il excoria la peau dans une étendue circulaire de plusieurs pouces, mais il ne pénétra pas.

6e *expérience.* — Un coup absolument pareil fut tiré sur un autre point de l'abdomen et à la même distance, il donna absolument le même résultat.

7e *expérience.* — Un coup pareil fut tiré à 6 pouces dans un point de la poitrine, il brûla la peau dans un diamètre d'un pouce environ, puis la couvrit de grains de poudre dans un espace double, sans l'entamer. Une côte sur laquelle j'avais exprès dirigé le coup ne fut pas fracturée.

8e *expérience.* — Un coup pareil fut tiré sur un autre point de l'abdomen à un pied de distance; il fit à la peau 5 ou 6 ouvertures semblables à celles faites par du gros plomb, mais les fragmens de la bourre qui avaient fait ces ouvertures à la peau, étaient logés dans le tissu cellulaire sous-cutané et n'avaient pas pénétré dans la cavité.

9e *expérience.* — Un coup pareil fut tiré à 4 pieds; il ne fit à la peau d'autres altérations que celles qui résultaient de l'action de nombreux grains de poudre qui avaient pénétré sous l'épiderme, ou seulement noirci la peau dans un espace très-circonscrit. La bourre n'avait produit aucun effet sur la peau.

10e *expérience.* — Un coup fut tiré à un pouce de distance sur l'abdomen nu d'un autre cadavre, avec un fusil à piston fortement chargé, la peau étant bien tendue par la position qu'on avait su donner au cadavre. Il brûla uniformément la peau dans un espace circulaire de 8 ou 10 lignes de diamètre, mais ne l'entama pas.

11e *expérience.* — Un coup pareil fut tiré à 2 pouces sur un autre point de l'abdomen et ne produisit aucun autre effet.

12e *expérience.* — Un coup pareil fut tiré à 2 pouces au plus de la paroi gauche de la poitrine, et dans une direction parfaitement perpendiculaire à cette région; il brûla la peau circulairement dans le diamètre d'un pouce environ, ne pénétra nullement, mais il brisa la côte sur laquelle il avait porté; elle était fracturée horizontalement et sans déplacement.

13e *expérience.* — Un coup de fusil fortement chargé et bourré avec un morceau de journal, fut tiré à 3 pouces de la poitrine nue d'un cadavre. La peau fut brûlée comme dans les autres cas, mais ne fut nullement entamée.

14e *expérience.*—Un coup fut tiré avec la même arme, bourrée avec un morceau de très-gros papier, et l'effet fut le même.

15e *expérience.* — Le même résultat eût encore lieu avec une bourre formée de 2 rondelles de feutre ; cependant elles firent de plus deux excoriations très-superficielles à la peau.

16e *expérience.*—Un coup de la même arme fortement chargée fut tiré à 1 pouce, sur l'abdomen d'un cadavre recouvert d'une grosse toile en double. Il traversa la toile, y mit le feu, noircit la peau dans un assez grand espace, mais ne l'entama pas.

17e *expérience.*—Un coup de fusil de munition chargé avec une cartouche de guerre, moins la balle, fut tiré à 1 pouce sur l'abdomen d'un cadavre recouvert d'un morceau de toile et d'un morceau de drap tenant lieu de chemise et de culotte ; tout fut traversé. La plaie faite à la paroi extérieure des tégumens de l'abdomen avait 10 lignes de diamètre, celle faite à la paroi interne avait près de 2 pouces. La bourre avait traversé tout le paquet intestinal et était venue contondre la face antérieure de la colonne vertébrale.

18e *expérience.* — Un coup pareil fut tiré avec les mêmes dispositions à 6 pouces de distance ; la toile et le drap furent traversés, déchirés en plusieurs morceaux, la peau fut violemment brûlée et contuse, mais elle ne fut pas entamée.

Dans toutes celles de ces expériences où la bourre ne pénétra pas, la peau fut diversement altérée. Quand la charge n'avait qu'une très-petite distance à franchir, la peau était uniformément brûlée dans une circonférence qui variait de 1 pouce et demi à 2 pouces environ, puis autour de cette surface elle offrait des points noirs produits par des grains de poudre isolés, non brûlés et dispersés dans une circonférence peu étendue. La surface centrale diminuait, l'étendue et le nombre des points noirs augmentait au contraire, à mesure que la distance était plus grande. A 4 pieds il n'y avait plus de surface centrale (exp. 9e), quoique l'expérience ait été faite avec un fusil de munition fortement chargé, et les grains isolés couvraient un espace circulaire de 6 pouces de diamètre.

L'explication des résultats obtenus dans les expériences que nous venons de rapporter repose absolument sur la réunion plus ou moins complète des corps formant projectile, et sur la vitesse et la force dont il sont doués en arrivant à la surface du corps qu'ils frappent. Un coup de poudre, en effet, est composé d'un plus ou moins grand nombre de corps plus ou moins gros, plus ou moins lisses, suivant que la poudre est grosse ou fine ; il chasse une bourre plus ou moins résistante suivant la substance dont elle est formée, mais qui, le plus souvent, est faite avec des substances molles et légères, telles que le papier, la filasse, etc. C'est l'action simultanée de la bourre, et des nombreux grains de poudre qui, lors de la détonation, ne s'enflamment pas et sont lancés hors du canon, qui cause les lésions diverses que nous avons observées. Lorsque le coup est tiré de très-près, la bourre est entière, doué d'une grande vitesse quand elle arrive au corps, elle ne forme qu'une masse avec les grains de poudre non brûlés, et c'est cette espèce de projectile qui, dans certains cas, peut produire des lésions pareilles à celles obtenues par un coup de plomb tiré à petite distance, c'est-à-dire pénétrer dans les cavités et même diviser les organes qu'elle atteint. D'après mes expériences, cela n'aurait lieu que lorsque le coup est tiré avec un fusil de munition chargé avec une cartouche de guerre moins la balle (1), et à moins de 5 ou 6 pouces de distance. Plus loin, les grains de poudre non brûlés s'écartent les uns des autres, la bourre a perdu la plus grande partie de sa vitesse, elle n'a plus assez de force de cohésion pour ne pas se diviser en fragmens qui ne peuvent avoir qu'une bien faible action, et il n'existe plus de projectile capable de traverser la peau et les parties sous-jacentes. C'est alors qu'on observe sur la peau, les effets dont nous avons déjà parlé tout à l'heure.

Si au lieu d'être nu, le cadavre est recouvert de vêtemens, les mêmes résultats se présentent ; mais cependant, comme l'épaisseur et la consistance des vêtemens doivent nécessairement diminuer la rapidité de la bourre, et arrêter dans leur course, une partie de grains de poudre non brûlés, il faudra pour produire une altération pareille à celle d'un coup de plomb, que le coup soit tiré d'autant plus près, que ces vêtemens seront plus nombreux et plus résistans.

Tout ce que nous avons dit jusqu'à présent se rapporte à l'action plus puissante que toute autre d'un fusil de munition chargé avec une cartouche de guerre ou avec double charge de poudre fine, mais avec un fusil d'un moindre calibre, à piston ou à pierre, si fortement qu'il ait été chargé, avec telle substance qu'il ait été bourré, je n'ai jamais obtenu les mêmes résultats. La peau n'a jamais été traversée sur un cadavre nu, à plus forte raison s'il était recouvert de vêtemens. Entre 1 et 2 pouces la commotion a été bien forte, puisqu'une côte a été fracturée en travers, même à plus grande distance elle produirait sans doute sur un individu vivant les plus graves accidens ; mais enfin, la charge n'a jamais pénétré ni fait aucune plaie extérieure semblable à celle qui résulte d'un coup de plomb tiré de très-près. De tous ces faits, on doit conclure : que pour produire à la peau une plaie extérieure pareille à celle faite par un coup de plomb tiré de très-près, et pénétrer dans les cavités, il faut qu'un coup de fusil à poudre soit tiré avec une arme de très-gros calibre, très-fortement chargée, et à une distance moindre de 5 à 6 pouces, surtout si le corps qu'il atteint est recouvert de vêtemens.

Deuxième question.— Peut-on décider, à quelques pouces près, à quelle distance un coup de fusil à plomb, qu'on dit avoir été tiré à bout portant, a été réellement déchargé sur une personne qu'il a tuée ou blessée.

Plus heureux pour cette question que pour la première, j'avais recueilli avant d'entreprendre mes expériences, trois observations dont j'avais pu vérifier exactement les plus minutieux détails. Dans une surtout (celle de l'homme tué à la Daguénière), le blessé était

(1) Ou avec un double coup de poudre fine.

tombé sans avoir fait aucun mouvement; on ne l'avait pas changé de place avant notre arrivée, le fusil était à notre disposition, l'individu qui avait tiré ne pouvait varier sur la position, puisqu'il était appuyé au moment de l'accident contre une table fixée au sol; il me fut donc facile de prendre des mesures certaines, et de m'assurer qu'il y avait six pouces au plus entre le bout du canon et le blessé. La plaie observée dans cette circonstance était absolument pareille à celle faite plus tard à Boiteau et à Vivien (obs. 2e et 3e); tous les renseignemens donnés par ce dernier, tendaient à prouver que la même distance existait, ou à bien peu de chose près, quand lui et son camarade furent frappés; il me semblait donc rationnel de penser que tout coup de fusil à plomb, tiré à 6 pouces environ, produirait une plaie semblable. Mais là ne s'arrêtait pas la question que m'avait posée le magistrat instructeur. Il voulait savoir jusqu'à quelle distance le même effet avait lieu, et c'est ce que je tâchai de déterminer d'une manière spéciale, puis d'une manière générale, au moyen des expériences suivantes dans les quelles je me servis d'abord de l'arme, de la poudre et du plomb du prévenu, puis alternativement d'un fusil à piston et d'un fusil à pierre, chargé avec un fort coup de poudre fine dite *des princes*, et un coup ordinaire de petit plomb dit *cendrée* (n° 1), de plomb moyen (n° 8), de plomb à canard (n° 10) ou enfin de chevrotines.

1re *expérience à 6 pouces.* — Un coup de fusil à pierre, fortement chargé avec du plomb moyen, fut tiré sur la poitrine nue d'un cadavre adulte maintenu debout dans l'angle d'un mur; la plaie extérieure fut absolument semblable à celle que nous avons déjà décrite, c'est-à-dire qu'elle avait de 9 à 11 lignes de diamètre, qu'elle était conique, arrondie, à bords réguliers faits comme avec un emporte-pièce.

2e *expérience à 6 pouces.* Un coup chargé avec du petit plomb dit *cendrée*, fit une plaie en tout semblable à la précédente, seulement elle était moins grande et n'avait que six lignes de diamètre.

3e *expérience.* — Un coup chargé avec huit chevrotines, fut tiré à 6 pouces aussi, dans la région latérale droite de la poitrine. Cette charge fit à la peau 6 ouvertures très-rapprochées les unes des autres, mais qui ne se confondaient pas. Plus loin ces plaies se réunissaient de manière à n'en plus former que 3 et enfin elles n'en faisaient plus qu'une, après avoir fracturé une côte et enfoncé ses fragmens, dans l'étendue de 6 ou 7 lignes.

4e *expérience.* — A la même distance, un coup de plomb moyen fut tiré dans la région pariétale droite d'un cadavre. Il produisit dans cette région osseuse une plaie régulière, arrondie, pareille aux précédentes; de plus les os étaient fracturés en étoile tout autour de l'ouverture principale.

5e *expérience.* — Un coup de petit plomb dit *cendrée* fut tiré *à 1 pied* dans l'abdomen d'un cadavre tenu aussi debout dans l'angle d'un mur. Le plaie ressemblait beaucoup à toutes les plaies ci-dessus décrites; mais elle était moins régulière, un grand nombre de grains de plomb avaient suivi un trajet isolé.

6e *expérience.* — Un coup fut tiré à la même distance et dans la même région avec du plomb n° 10. La plaie n'était pas sensiblement différente de celle de Boiteau, Vivien, etc.; elle était un peu plus étendue, car elle avait de 10 à 12 lignes de diamètre. On s'était servi dans ces dernières expériences d'un fusil à piston

7e *expérience.* — A la même distance avec un fusil à pierre et du plomb moyen, on fit encore une plaie pareille à celle de Boiteau, Vivien, etc.; mais plusieurs grains de plomb s'étaient déjà écartés de la direction générale pour faire leur trajet à part.

8e *expérience.* — A la même distance, un coup pareil fut tiré dans la partie inférieure et externe de la jambe droite. La plaie d'entrée fut oblongue, à bords déchirés par un grand nombre de traces de grains de plomb.

9e *expérience.* — Un coup fut tiré à la même distance avec 8 chevrotines. Comme à une distance beaucoup moindre il y eut 6 ouvertures à la peau, 4 dans les parties molles sous-jacentes et une dans les parties solides.

10e *expérience.* — Un coup de plomb moyen, tiré à 1 *pied et* 1/2, ne produisit plus du tout une plaie régulière. Beaucoup de grains de plomb avait suivi une direction particulière, et, si ce n'est tout à fait à son centre, cette plaie n'était plus que le résultat de la réunion d'une grande quantité de petites ouvertures.

11e *expérience.* — Un coup de gros plomb fut tiré à 2 *pieds* environ. La plaie extérieure de la peau avait 18 lignes de diamètre, ses bords étaient comme dentelés par des grains qui s'écartaient, mais qui n'avaient pas encore tout à fait abandonné la direction du reste de la charge.

12e *expérience.* — Un coup de *cendrée* fut tiré à 3 *pieds*. La blessure avait 2 pouces de diamètre, n'avait pas d'ouverture centrale et les grains de plomb tirés sur la base de la poitrine, n'avaient pas pénétré.

13e *expérience.* — Un coup tiré à la même distance avec du plomb moyen ne fit pas non plus d'ouverture centrale, et les grains de plomb étaient disséminés sur une surface de 3 pouces environ de diamètre.

14e *expérience.* — A la distance de 6 *pieds* un coup pareil, tiré dans la cuisse d'un cadavre adulte, couvrit de grains de plomb, plus ou moins enfoncés dans la peau, la partie postérieure du membre exposé au coup de feu.

15e *expérience.* — Un coup fut tiré à 10 *ou* 12 *pieds*, tous les grains de plomb furent disséminés sur un espace de 6 à 7 pouces de hauteur sur 6 de largeur.

16e *expérience.* — Un fait cité par M. Raige-Delorme dans la nouvelle édition du Dictionnaire de Médecine (1), m'engagea à m'éloigner encore, quoique cela sortît de la question qui m'avait été soumise, et je tirai à 15 *pas* avec un coup de plomb moyen dans le dos d'un cadavre. Tout le dos, la partie postérieure du bras gauche furent criblés de plomb: plusieurs grains étaient profondément logés dans l'épaisseur des muscles, ou avaient pénétré

(1) Vol. 5, p. 426.

dans la partie inférieure de la face postérieure du rein gauche, mais il n'y en avait pas qui eussent traversé les os.

17e *expérience.* — Trois coups de fusil furent tirés sur la poitrine d'un autre cadavre à 1 *pied* et après qu'on eut couvert la partie d'un morceau de grosse toile en 2-3-6 doubles. Dans tous les cas, la plaie centrale fut d'autant moins large, et les grains de plomb d'autant plus disséminés, que l'étoffe était plus épaisse et l'arme moins chargée (un coup avait par hasard été beaucoup moins chargé de poudre que les autres).

18e *expérience.* — Un coup tiré à 6 *pouces* sur la poitrine recouverte de 3 doubles de grosse toile, produisit une plaie absolument pareille à celle de Boiteau, Vivien, etc. Elle était unique, arrondie, faite comme avec un emporte-pièce et avait 9 lignes de diamètre.

Dans ces expériences, comme dans celles faites avec les coups de feu à poudre, l'explication des résultats obtenus repose sur la réunion plus ou moins complète des corps formant projectile. De très-près, c'est-à-dire de 1 pouce à 11 pouces ou 1 pied, tous les grains de plomb sont tellement unis qu'ils ne forment qu'une masse en rapport avec le calibre de l'arme qui la lance, avec la distance, car les plaies faites à 10 ou 11 pouces sont plus larges que celles faites à 2 ou 3, avec la grosseur du plomb, car le très-petit plomb donne lieu à une ouverture plus étroite que celle faite à la même distance par du gros plomb ou par du plomb moyen; et ils causent une plaie pareille à celle qui a été observée sur l'homme tué à la Daguénière, sur Boiteau et sur Vivien. A 1 *pied* il y a déjà le plus souvent quelques grains de plomb, les plus en dehors de la charge sans doute, qui commencent à s'écarter et à échancrer les bords de la plaie; mais à 1 *pied et demi* les grains de plomb séparés de la masse commune sont très-nombreux et font un trajet parfaitement distinct autour de la plaie centrale. A 3 *pieds* il n'y a plus d'ouverture centrale, chaque grain de plomb fait à la peau sa plaie particulière et toutes ces plaies sont réunies dans un espace de 3 à 4 pouces de diamètre; plus loin, cet espace est beaucoup plus grand, et enfin, à 15 pas la charge couvre tout le dos d'un cadavre, mais un ou plusieurs grains peuvent encore pénétrer dans les viscères contenus dans la poitrine ou l'abdomen toutefois sans traverser les os. Les chevrotines n'ont jamais produit d'ouverture unique, à quelque distance qu'on les ait tirées.

A distance égale, toutes les fois qu'au lieu de tirer sur un cadavre nu, j'ai tiré sur un cadavre recouvert de vêtemens, la plaie centrale a été d'autant plus petite, le nombre des grains isolés d'autant plus considérable, que les vêtemens étaient d'une plus grande épaisseur ou que l'arme était moins chargée. A 6 *pouces* et avec trois morceaux de grosse toile superposés, la plaie a été semblable à celle faite sur un cadavre nu, à une distance de 1 à 10 ou 11 pouces.

Dans tous les cas où la plaie a été unique, arrondie, faite comme avec un emporte-pièce, la bourre a été chassée devant le plomb et a pénétré avec lui plus ou moins loin, suivant les obstacles qu'elle a rencontrés. Il en a été toujours de même lorsque des coups de fusil chargé à poudre ont été tirés d'assez près pour pénétrer dans les cavités.

Malgré la différence qui doit exister entre les propriétés physiques des tissus vivans et celles des mêmes tissus sur un cadavre; malgré les variations que pourraient apporter dans ces diverses expériences la plus ou moins bonne qualité des armes dont on se servirait, la qualité et la quantité de la poudre et des projectiles, comme je ne me suis servi que d'armes semblables à celles qui sont d'un plus commun usage, comme j'ai expérimenté avec les diverses espèces de plomb, de poudre et de bourre qu'on emploie le plus ordinairement, je pense qu'on peut tirer de tout ce que je viens d'exposer dans ce mémoire les conclusions suivantes :

1° Quoi qu'en aient dit quelques auteurs, contrairement à l'opinion généralement admise, un coup de fusil à plomb tiré d'assez près pour faire ce qu'on appelle *balle*, ne produit pas un accident de la même espèce que celui qui résulte du choc d'une balle proprement dite, mais il cause des effets infiniment plus graves et plus étendus.

2° Pour qu'un coup de fusil à poudre puisse pénétrer dans les cavités et faire une plaie extérieure pareille à celle faite par un coup de plomb *faisant balle*, il faut que l'arme dont on se sert soit d'un très-fort calibre, qu'elle soit très-fortement chargée, et qu'il y ait moins de 7 pouces entre le bout du canon et le corps blessé.

3° Pour produire avec un coup de fusil à plomb, une ouverture unique, arrondie, à bords réguliers, faite comme avec un emporte-pièce, il faut que le coup soit tiré à une distance de 10 à 12 pouces au plus. De 1 pied à 18 pouces cette ouverture a ses bords déchirés par une plus ou moins grande quantité de grains de plomb, et un assez grand nombre de grains de plomb ont fait un trajet isolé; à 3 pieds il n'y a plus d'ouverture centrale; et l'espace couvert par les grains de plomb est ensuite d'autant plus étendu que la distance est plus grande, l'arme moins bonne, la charge moins forte, etc.

4° Si au lieu d'être tirés sur un corps nu, comme nous l'avons supposé jusqu'à présent, les coups de feu sont tirés sur des corps recouverts de vêtemens, les mêmes effets peuvent avoir lieu, mais non aux mêmes distances; ces distances devront devenir d'autant moins grandes que les vêtemens seront plus nombreux, plus épais, ou plus consistans.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

AVRIL 1836.

N° 7. — 15 Avril.

De la méthode de raisonner qui convient à la science médicale.

Il me semble que nous avons envisagé la question de la statistique, telle qu'on l'applique aujourd'hui à la médecine, sous un assez grand nombre de points de vue différens, pour pouvoir nous résumer à son égard avec quelque fruit.

Cherchant à nous faire une idée nette de ce qu'on doit entendre en médecine pratique par *expérience*, nous avons, dans un des numéros de novembre 1835 de ce journal, insisté assez longuement sur ces remarques : 1° que l'expérience résulte d'observations bien digérées ; 2° qu'elle est toute personnelle ; 3° que c'est d'elle que se tirent les indications thérapeutiques ; 4° enfin que l'expérience ne consiste pas dans un plus ou moins grand nombre de faits, mais dans l'appréciation exacte des circonstances des faits. Dans un autre article inséré au numéro du 15 janvier 1836 du même recueil, j'ai fait voir, à propos des indications thérapeutiques, que la médecine pratique est *une science de conjecture ;* que, pour sortir du vague dans lequel ces conjectures laissent toujours l'esprit, on a cherché de tout temps à introduire dans la médecine la certitude, la fixité qu'on croyait trouver dans d'autres sciences contemporaines en empruntant à ces sciences les méthodes dont on les voyait tirer si bon parti ; qu'on en est ainsi venu à faire de la statistique en médecine sans réfléchir à toute la différence qu'il y a entre deux sciences, dont l'une est sans cesse occupée dans un cas particulier à distinguer les plus petites nuances de détail, et dont l'autre, au contraire, ne considère que les masses prises en grand ; j'ai insisté sur ce point que *la médecine est toute dans les indications*, que la statistique a la prétention de remplacer. Enfin, dans un troisième article inséré au numéro du 15 mars 1836, je me suis attaché à établir que la méthode statistique jusqu'à présent suivie n'a produit dans la médecine que du trouble, et sous une apparence de régularité et de certitude cache au contraire une énorme confusion et un défaut très-réel de précision ; j'ai fait voir que les élémens primitifs sur lesquels on opère étant tout divers, les résultats qu'on obtient ne peuvent rien avoir de rigoureux et de précis, rien de l'exactitude qu'on exprime ordinairement par mathématique. J'ai conclu qu'il y avait déception dans les travaux produits jusqu'à présent sur ce plan.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire peut-être de répondre à quelques objections qu'on ne manque pas de faire aux raisonnemens dont j'ai appuyé l'opinion défavorable que je suis forcé d'émettre sur ce moderne mélange de médecine et de statistique, dans lequel il n'y a de nouveau que la prétention d'en faire une méthode. Ces objections se résument toutes en une seule, avec laquelle je ne crois pas difficile d'en finir. On dit : vous convenez avec nous que l'expérience est une bonne chose ; or, l'expérience se compose de l'observation des faits ; il faut donc beaucoup de faits pour qu'il y ait véritablement expérience ; une science comme la médecine pratique, qui exige de l'expérience, a besoin de faits nombreux ; plus les faits seront nombreux, mieux vaudra l'expérience ; il faut donc compter les faits ; et, puisque nous sommes dans la nécessité de le faire, il vaut certainement mieux en tenir compte exactement que par à peu près. Tenir compte des faits, tenir compte de leur nombre, n'est-ce pas toujours faire de la statistique? et il s'ensuit, si on ne peut pas nier toutes ces propositions, que la statistique est une bonne chose ; qu'elle remplace les à peu près en médecine par des choses positives ; par conséquent qu'il faut l'admettre en principe comme élément de la science de l'homme malade ; on en sera quitte pour se tenir en garde contre les applications vicieuses qui pourraient s'en faire.

Certainement je n'ai pas diminué la force de l'objection ; j'admets volontiers qu'il vaut mieux savoir exactement ce qu'on fait que de le savoir à peu près ; mais on m'accordera aussi qu'il serait absurde de prendre comme base de raisonnement une méthode qui se prétendrait rigoureuse et qui ne serait qu'un pêle-mêle de toutes choses de nature et de portée très-différentes ; puis il faudra m'accorder aussi que, de ce qu'il y a nécessité d'avoir beaucoup vu pour avoir de l'expérience, il ne s'ensuit pas que plus on a vu et plus on a d'expérience ; que l'expérience est une chose complexe dans laquelle il faut distinguer les faits et la capacité de celui qui les étudie. Les faits, quelque nombreux qu'ils soient, ne valent que par l'attention qu'on a prêtée à leurs diverses circonstances, par la pénétration avec laquelle on les a saisies ; ils ne deviennent quelque chose

de fécond, ils ne deviennent expérience que par l'attention, la pénétration, en un mot, par la capacité de l'observateur, devant qui ils pourraient être comme s'ils n'étaient pas, parce qu'il se perdrait dans les détails ou dans les généralités, ou bien encore parce qu'il les laisserait passer sans en rien garder que des impressions fugitives et infidèles. Il suit de là que les faits ne rendent l'expérience bonne, c'est-à-dire ne constituent l'expérience que quand on les a bien digérés ; il en résulte encore que, si leur nombre est une des conditions indispensables de l'expérience, ce nombre, considéré tout seul comme considération dominante, a fort peu de valeur ; ce qui réduit infiniment la précision de la statistique en médecine pratique.

Mais ce n'est pas tout : pour que la statistique comme elle a été faite jusqu'à présent fût rigoureusement applicable à un cas de médecine pratique, il faudrait de nécessité absolue que les succès ou les revers arrivassent toujours en médecine parce qu'on aurait bien ou mal fait ; ce qui n'est pas ; quoiqu'on puisse trouver au premier coup-d'œil quelque chose de bizarre et de paradoxal dans l'énoncé de cette thèse, que les succès ou les revers dans la pratique de notre art ne prouvent pas, absolument et rigoureusement parlant, qu'ont ait été bien ou mal inspiré.

Il suffit pourtant, si on veut savoir à quoi s'en tenir sur ce point d'être attentif à ce qui se passe dans la plupart des maladies : que vous ayez ou que vous n'ayez pas agi, n'est-il pas très-rare que vous puissiez dire absolument : *Post hoc, ergo propter hoc?* N'est-il pas prouvé qu'on le dit plus souvent à tort qu'à raison, c'est-à-dire que nous sommes dans des chances d'erreurs incalculables le plus souvent quand nous rapportons aux antécédens que nous connaissons, les conséquences que nous voyons survenir? N'est-il pas certain que les résultats observés proviennent le plus souvent de mille autres causes que nous ne voyons pas ? Combien de fois une connaissance plus profonde des choses ne nous force-t-elle pas de reporter à leur véritable source des effets dont nous avions cru bien saisir l'origine ! La marche que suit le mal vers le pis ou le mieux est la résultante de tant de forces dont la plus petite partie est seule à notre disposition, que nous sommes en définitive presque toujours dans la plus mauvaise condition possible pour juger d'après nos revers ou nos succès. Je conclus donc 1° que l'expérience bien entendue est indispensable au médecin ; 2° que le nombre des faits vus ne constitue pas l'expérience ; 3° qu'il est seulement un des élémens dont le concours est indispensable pour la former ; 4° que dans les sciences conjecturales, comme la nôtre, c'est moins sur le nombre des faits qu'il faut s'appuyer pour prévoir l'avenir que sur la rigueur et la précision des cas analogues ; 5° que la méthode dite numérique ou statistique telle qu'elle a été jusqu'à présent employée est loin d'avoir la précision et la rigueur qu'on lui prête ; 6° que cette précision et cette rigueur sont inadmissibles en médecine ; 7° que la statistique telle qu'on l'a faite ne suffisant pas à la recherche, capitale en médecine, des analogies, ne peut pas être considérée comme une méthode applicable à cette science. Toutes nos autres conclusions ayant été surabondamment démontrées, je ne m'attacherai plus qu'à éclaircir cette dernière, sur laquelle seule il peut encore exister quelques nuages.

Qu'est-ce en effet qu'une méthode? Scientifiquement parlant, une méthode est le procédé particulier au moyen duquel une science est applicable et fait des progrès. Pour nous renfermer dans le cas spécial dont nous nous occupons ici, nous devons ajouter que les méthodes de calcul, que les méthodes dites mathématiques, et la statistique est manifestement une de ces méthodes, ne sont convenables que dans les cas où il s'agit d'abstractions pures ou de faits constans, réguliers, toujours les mêmes dans les mêmes circonstances connues, ou enfin dans des cas qu'on a pris soin de définir, de telle sorte qu'on raisonne sur des identités pour arriver à des formules générales sur ces identités constatées préalablement par la définition ; il est inutile de démontrer que la médecine, et surtout la médecine pratique, n'est dans aucune de ces conditions ; elle n'a point de faits identiques et abstraits ; elle s'occupe beaucoup moins du plus ou moins grand nombre des analogies des choses que de l'importance de ces analogies quand elle peut les saisir; elle s'occupe moins de compter les faits que de mettre le doigt sur les analogies capitales entre les faits et de grouper autour d'elles le plus grand nombre des analogies secondaires *suivant leur degré d'importance;* elle s'occupe moins des résultats généraux, qui sont si peu dans la main des hommes, que d'arriver pour un cas particulier, toujours exclusif et spécial, à un résultat qui serait peut-être tout à fait différent dans le cas en apparence le plus semblable. D'où il suit évidemment que les méthodes rigoureuses de calcul ne conviennent pas à la médecine, c'est-à-dire que le calcul ne peut pas être notre méthode de raisonner; qu'enfin, quelque satisfaction qu'on éprouve à savoir le nombre des faits plus ou moins analogues qu'on a vus, on ne peut pas considérer ces faits comme élémens d'un calcul rigoureux et applicable, parce que ces faits ne sont toujours que présumés plus ou moins analogues.

Pour moi je suis profondément convaincu que plus on s'engage dans cette route et plus on s'éloigne de la méthode qui convient à la médecine. Il me semble que vouloir donner à une science, et surtout à une science d'application, un degré de certitude et de rigueur qu'elle ne comporte pas, c'est se condamner à lui essayer partout une méthode qu'elle repousse ; c'est s'enfoncer dans des travaux infinis qui n'auront pour résultat qu'une réduction à l'absurde. Je crois qu'il est instant de rappeler et de remettre sur la voie la génération actuelle, qu'un sophisme éblouit et lance ainsi dans la carrière des erreurs pendant qu'elle croit suivre le seul fil qui la puisse conduire au jour. Je regarde certainement avec tous les hommes sensés des observations bien faites et consciencieuses comme profitables à la science ; j'aime à tenir compte du nombre des faits réputés analogues, car quand les analogiees sont bien saisies, ce nombre est une des circonstances importantes de l'ob-

servation ; mais je crains, je le répète, qu'on ne se laisse tromper par une sorte de mensonge qui se trouve dans l'enseigne, si je puis parler ainsi, de ce qu'on nomme la méthode statistique; et, plein de méfiance sur ces résultats chiffrés en choses dont nous sommes si loin de connaître le tout que nous n'en savons qu'à peine la plus faible et la plus superficielle partie, j'appelle avec instance sur tous ces points l'attention des hommes qui réfléchissent et qui s'intéressent à notre science. J'avoue pour ma part que de toutes les méthodes médicales passées et présentes aucune ne m'a encore paru pleinement satisfaisante ; quant aux systèmes passés, je n'en parle pas, parce qu'il est inutile de les combattre; ceux qui sont morts sont morts ; mais il importe peut-être, dans un temps de travail et d'activité comme le nôtre, au moment où toutes les intelligences sont éveillées et tendent vers un grand but; il importe, dis-je, d'appeler sur les méthodes une attention qui semble se perdre dans les observations de détail, et de ne pas laisser se consumer une si belle ardeur en efforts impuissans, faute d'avoir bien assuré son point de départ et sa route.

Loin de moi la pensée de détourner les travailleurs de se livrer à l'observation ; je suis aussi convaincu que qui que ce soit que sous ce rapport, malgré les masses de faits particuliers que nous possédons, nous avons encore infiniment à acquérir; mais je désespère de voir faire un grand progrès à la médecine tant qu'on travaillera sous l'empire de l'idée aujourd'hui dominante. On rassemblera en aveugle des matières dont on n'aura pas connu la valeur, et on laissera à d'autres les fruits qu'on pourrait recueillir de tous les arbres de science qui nous sont livrés. Dans les voies actuelles, sans doute, la science ne dépérira pas; mais ce n'est pas assez que de la conserver ou d'y ajouter, comme nous le pouvons tous faire, quelques faits bien constans et bien détaillés : ce que nous devons désirer et chercher par-dessus tout, c'est de trouver la méthode qui lui convient, la véritable voie dans laquelle il faut qu'elle marche, qu'Hippocrate croyait entrevoir, et dans laquelle nous avons tant de peine à tenir le pied. Cette voie, c'est la méthode des analogies suivant leur ordre d'importance.

D. S. Sandras.

Nouveaux faits relatifs à l'emploi de l'oxyde blanc d'antimoine dans la pneumonie des enfans.

Lorsque, il y a trois ans, nous passions en revue les principaux moyens thérapeutiques employés, à l'Hôpital des Enfans malades de Paris, contre la pneumonie, nous fîmes connaître quelques essais qui venaient d'être récemment tentés avec l'oxyde blanc d'antimoine. Depuis, les faits se sont multipliés, et ce médicament non-seulement n'a pas été abandonné, mais il compte aujourd'hui parmi les moyens de traitement dans les inflammations de poitrine chez les enfans. MM. Baudelocque et Guersent en font journellement usage. Ce dernier ne l'administre jamais seul; il le fait toujours précéder de l'emploi des émissions sanguines, soit générales, soit locales, et il y joint fréquemment l'application du vésicatoire sur la poitrine. M. Baudelocque emploie l'oxyde blanc d'antimoine dans un bien plus grand nombre de cas. Il se borne à l'usage de cette préparation chez les enfans très-jeunes, chez ceux d'une constitution grêle, chez ceux qui sont rongés par l'affection scrophuleuse, ou dont la santé a été minée par des maladies antécédentes. Il n'a recours aux émissions sanguines que dans les pleuro-pneumonies intenses, affectant des sujets qui ont dépassé l'âge de sept ans, et qui jouissaient de la plénitude de leurs forces au moment de l'invasion de la maladie. Dans le service de ce médecin nous avons vu maintes fois la résolution d'une pneumonie plus ou moins étendue s'opérer en même temps que l'on faisait exclusivement usage de l'oxyde blanc d'antimoine. Nous pourrions rapporter un grand nombre de ces faits ; nous nous en tiendrons à quelques-uns qui nous offriront des exemples de pneumonie à des époques variées de l'enfance, et nous ferons connaître la marche de cette phlegmasie sous l'influence des préparations antimoniales. Nous appelons d'autant plus volontiers l'attention sur ces faits, que quelques médecins, partisans des saignées coup sur coup, répètent chaque jour que l'oxyde d'antimoine est retombé dans l'oubli dont il n'aurait jamais dû sortir.

Obs. I. Delsarte, âgé de sept ans, de constitution délicate, transporté de Vaugirard à l'Hôpital des Enfans, le 10 novembre, éprouvait depuis quatre jours de la toux, de l'oppression et de la fièvre. A ces symptômes il s'était joint, depuis deux jours, de la diarrhée; on avait également observé du délire dans les paroxysmes du soir. Repos du lit, diète, usage de boissons pectorales depuis le début ; pas de traitement actif.

Le 11, décubitus sur le côté gauche, face colorée au niveau des pommettes ; toux petite, sèche, extrêmement fatigante, respiration diaphragmatique se répétant quarante-huit fois par minute; son mat, respiration bronchique, et bronchophonie dans toute l'étendue de l'omoplate gauche, au-dessous râle muqueux ; à droite le murmure respiratoire est fort et à peine obscurci par quelques légers râles ; nulle douleur de côté ; absence complète d'expectoration. Les lèvres sont rouges, sèches et fendillées ; la langue, rouge sur les bords et à la pointe, a de la tendance à se sécher ; endolorissement du ventre ; trois selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures. La peau est chaude et sèche ; le pouls est très-fréquent : il ne donne pas moins de cent soixante pulsations par minute. (Mauve, julep gommeux, avec addition de vingt grains d'oxyde blanc d'antimoine ; cataplasme sur le ventre ; diète.) On prescrit en outre des sinapismes aux membres inférieurs, pour le soir, qui ne sont pas appliqués, le délire ne s'étant pas renouvelé.

Le 12, la percussion et l'auscultation du thorax fournissent les mêmes résultats que la veille. La toux est

toujours sèche et fréquente; le décubitus est variable : il a lieu tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche; la langue offre le même aspect que la veille; la diarrhée n'est pas plus abondante : deux selles liquides en vingt-quatre heures; cent-quarante pulsations, trente-six inspirations par minute. (Oxyde d'antimoine, un scrupule.)

Le 13, le souffle tubaire est toujours très-prononcé sous l'omoplate du côté gauche; la différence entre la sonoréité des deux côtés de la poitrine est toujours très-manifeste en arrière, et supérieurement en avant. Râle sous-crépitant sous la clavicule gauche, sans respiration bronchique; le poumon droit est toujours intact; même gêne de la respiration, même accélération du pouls que la veille. (Demi-gros d'oxyde d'antimoine).

Le 14. La peau, qui jusqu'à présent avait été sèche, est trouvée halitueuse. Le malade nous apprend qu'il a transpiré abondamment pendant la nuit; diminution dans la fréquence du pouls et des inspirations : cent vingt pulsations et trente-deux inspirations par minute; pas de changement dans l'état local; on continue la même prescription.

Le 15, la diarrhée a complétement cessé; on porte la dose d'oxyde d'antimoine à un gros.

Le 16, le pouls est descendu à quatre-vingt-seize; la peau reste moite; le souffle bronchique est obscurci par un râle crépitant; le son est moins mat sous l'omoplate du côté gauche. On continue l'oxyde blanc d'antimoine, et on accorde deux tasses de lait.

Le 17, jour d'entrée des parens à l'hôpital, le malade commet un écart de régime; le 18, la peau est plus sèche, la soif plus vive; le pouls est remonté à cent huit.

Le 19, la respiration s'entend à peu près également à gauche comme à droite; on n'entend plus que du râle muqueux sous l'omoplate gauche; il n'existe plus de différence entre la sonoréité des deux côtés. Le pouls ne bat plus que quatre-vingt-douze fois par minute; nous ne comptons, dans le même laps de temps, que vingt-huit inspirations. (Lait et bouillons.) On continue l'oxyde blanc d'antimoine à la dose d'un gros, jusqu'au 21. On accorde alors des alimens solides, et le garçon quitte l'hôpital, entièrement guéri, le 3 décembre.

Obs. II. — Mélanie Morteau, âgée de six ans, de constitution scrophuleuse, affectée depuis plusieurs mois d'une leucorrhée abondante, est apportée à l'hôpital le 8 décembre, et nous offre, à la visite du lendemain, les symptômes d'une double pneumonie : face rouge, animée, exprimant l'anxiété et la souffrance; dyspnée intense; parole entrecoupée; dilatation des ailes du nez à chaque inspiration; toux fréquente, humide, mais non suivie d'expectoration; percussion du thorax douloureuse à droite comme à gauche; son obscur et respiration bronchique dans toute la hauteur du côté gauche en arrière, et râle crépitant au sommet du poumon droit; en avant, son clair et râle ronflant. Soixante inspirations, cent quarante pulsations; chaleur de la peau élevée; état sain des voies digestives; pas de selles depuis vingt-quatre heures. (Julep, avec demi-gros d'oxyde blanc d'antimoine.)

Le 10, le décubitus a lieu sur le dos, comme la veille. Interrogée sur le siége de son mal, la malade porte la main sur le sternum; la toux a été extrêmement fréquente depuis hier: on entend toujours de la respiration bronchique dans toute la hauteur du poumon gauche en arrière; au sommet du poumon droit, là où la veille l'auscultation faisait entendre du râle crépitant, il existe également du souffle bronchique; inférieurement la respiration est manifestement exagérée : cent vingt pulsations, trente-six inspirations. Langue large et humide; ventre indolent, pas de selles. (Un gros d'oxyde blanc d'antimoine; un lavement émollient.)

Le 11, la toux est quinteuse, mais n'offre pas le sifflement caractéristique de la coqueluche; la respiration est remontée à cinquante-quatre; le pouls se maintient à cent vingt. Malgré la persistance des symptômes généraux, l'auscultation fait reconnaître quelques changemens en l'état local; à gauche comme à droite, le souffle bronchique est accompagné de râle crépitant; la peau est moite; nous ignorons si la nuit il y a eu transpiration abondante. La langue est toujours restée humide, le ventre indolent; il n'y a pas eu de diarrhée.

Le 13, cent douze pulsations, quarante-quatre inspirations; le râle crépitant devient de plus en plus prononcé dans les parties où la respiration bronchique se faisait entendre. On donne depuis deux jours deux gros d'oxyde blanc d'antimoine dans deux demi-loochs.

Le 14, trente-six inspirations, cent huit pulsations; à droite on n'entend plus que du râle muqueux, et à gauche du râle crépitant humide. On accorde des bouillons; on continue l'usage de l'oxyde blanc d'antimoine jusqu'au 23, en diminuant progressivement la dose. A cette époque, le pouls est descendu à quatre-vingt-quatre, et la respiration à vingt quatre. A l'auscultation on n'entend plus que du râle muqueux, appréciable surtout à la suite de la toux; la sonoréité des deux côtés est égale. La malade est convalescente; elle quitte l'hôpital, entièrement guérie, le 27.

Obs. III. — Ursule Martel, âgée de quatre ans, née et élevée à Paris, jouit d'une bonne santé jusque vers la fin de sa deuxième année. A cette époque elle fut atteinte d'une maladie grave qu'on n'a pas su caractériser, et qui la retint deux mois au lit. Depuis ce moment elle a cessé de marcher; les os longs se sont courbés, la poitrine s'est déformée; la malade n'a cessé de tousser, et a eu ce qu'on appelle vulgairement l'haleine courte. Au commencement de novembre, la dyspnée s'exaspère; la toux devient plus fréquente; la fièvre s'allume; soif vive; refus des alimens. Transportée à l'hôpital le 6, elle nous offre, à la visite du 7, l'état suivant : respiration courte, incomplète, diaphragmatique, accompagnée de dilatation des ailes du nez; toux fréquente, grasse, n'amenant aucune expectoration; sonoréité de la poitrine un peu plus faible à droite qu'à gauche; râle crépitant à droite en arrière, supérieurement et inférieurement; souffle bronchique à la partie muqueuse; râle muqueux dans toute la hauteur du côté

gauche de la poitrine; douleur sous-sternale; pouls petit, extrêmement fréquent; peau chaude et moite; langue violacée et conservant son humidité normale; ventre indolent; constipation. (Vingt-quatre grains d'oxyde blanc d'antimoine dans un julep gommeux de quatre onces.)

Le 8, le décubitus a lieu sur le côté droit; la dyspnée est un peu moins intense; la respiration, qui la veille s'élevait à cinquante-quatre, est descendue à quarante-huit; le pouls, toujours difficile à compter, semble avoir un peu moins de fréquence; la toux est quinteuse et se renouvelle très-fréquemment. L'auscultation et la percussion fournissent les mêmes résultats. Une seule évacuation a eu lieu dans la journée. On augmente la dose de l'oxyde blanc d'antimoine, que l'on porte à un gros.

Le 9, la gêne de la respiration est plus marquée; la face est violacée ainsi que les lèvres et la langue; dans presque toute l'étendue de la poitrine, il existe un mélange de râle muqueux, sous-crépitant et sibilant, qui annonce l'engorgement des bronches par les liquides exhalés à leur surface. La matité du son, la respiration bronchique et la bronchophonie sont toujours circonscrites vers l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit. La toux est incessante; elle revient par petites quintes extrêmement fatigantes; les voies digestives sont toujours en bon état. On prescrit, outre l'oxyde blanc d'antimoine, un vomitif (1) (trois grains d'émétique dans quatre onces d'eau distillée). Quelques vomissemens ont lieu dans la journée; mais il n'y a aucune évacuation alvine. Du 10 au 17, la toux et la gêne de la respiration persistent. L'auscultation fournit à peu près les mêmes renseignemens. On accorde du lait et des bouillons. Le 18, la bronchophonie et le souffle tubaire ont complétement disparu; le râle muqueux diminue; la respiration ne se répète plus que trente-six fois par minute. On accorde des alimens solides. La convalescence ne présente rien de remarquable. Cette jeune fille quitte l'hôpital vers la fin du mois, conservant la bronchite dont elle est affectée depuis l'âge de deux ans.

Obs. IV. — Françoise Neveu, âgée de 14 ans, bonne d'enfans, présentant les traits de la constitution scrophuleuse, et sujette à tousser depuis longtemps, entre à l'hôpital le 21 octobre. Elle offre, pendant les six jours qui suivent son admission, les symptômes d'une fièvre catarrhale. Le 7 novembre, la fièvre devient plus intense, la dyspnée plus considérable; l'expectoration, qui jusqu'alors avait été simplement muqueuse, se compose de crachats visqueux, demi-transparens, dont quelques-uns présentent la teinte rouillée caractéristique de la pneumonie. Une douleur assez vive se fait sentir à la partie postérieure du thorax, et principalement à droite; elle s'exaspère par la toux et les fortes inspirations; un léger souffle bronchique se fait entendre vers l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit; autour de ce point il existe une crépitation des plus manifestes; du reste la sonoréité de la poitrine n'est pas sensiblement diminuée; la percussion exaspère la douleur; le pouls est à cent douze, la respiration à quarante-huit; la langue est collante, l'appétit nul; la soif vive; le ventre est douloureux à la pression; diarrhée abondante, comme les jours précédens. (Un demi-gros d'oxyde blanc d'antimoine; deux demi-lavemens émolliens; mauve; diète.)

Le 8, cent douze pulsations et cinquante-quatre inspirations; même expectoration qué la veille, même douleur de thorax affectant toujours la région dorsale, et s'exaspérant par la toux et l'inspiration; la respiration bronchique n'occupe pas une plus grande étendue que la veille: elle est toujours bornée à l'angle inférieur de l'omoplate, c'est-à-dire dans les parties voisines. Râle muqueux dans le côté gauche, persistance de la diarrhée: quatre selles liquides pendant la nuit, semblables à de l'eau teinte en jaune. (Même prescription.)

Le 9, il survient un vomissement; le ventre n'est pas sensiblement plus douloureux que les jours précédens; mais il présente du météorisme. On continue l'oxyde blanc d'antimoine, et on porte la dose à un gros.

La diarrhée persiste jusqu'au 13; à cette époque elle disparaît; la douleur du dos est moins sensible; le ventre est indolent; la toux persiste; l'expectoration est purement catarrhale; on n'entend plus que du râle dans l'un et l'autre côté de la poitrine. Cent pulsations; vingt-huit inspirations; moiteur de la peau. On continue l'oxyde blanc d'antimoine jusqu'au 28 sans que la diarrhée revienne. Cette fille quitte l'hôpital, le 30 entièrement guérie.

Ces cas, dans lesquels l'oxyde blanc d'antimoine a été employé à l'exclusion de tout autre moyen de traitement, ne nous paraissent laisser aucun doute sur l'efficacité de cette préparation dans la pneumonie des enfans. Nous pourrions rapporter un grand nombre d'autres cas analogues. Que si maintenant nous cherchons à apprécier l'influence de l'oxyde blanc d'antimoine sur les principaux symptômes, nous trouverons que la plupart ont été heureusement modifiés. Nous avons soigneusement noté l'état de la circulation dans les observations précédentes, et l'on pourra se convaincre, en les parcourant sous ce point de vue, que l'abaissement du pouls a suivi de près l'emploi de l'oxyde blanc d'antimoine; il en a été de même de la gêne de la respiration. La toux a été peu modifiée; quant à l'expectoration, elle a manqué chez tous les malades âgés de moins de six ans; chez la jeune fille âgée de quatorze ans, qui a présenté les crachats rouillés caractéristiques de la pneumonie, l'expectoration n'a pas tardé à changer de caractère. La sueur, qui depuis longtemps est regardée comme un signe de favorable augure dans la pneumonie, s'est montrée, chez presque tous nos malades, peu de jours après l'emploi des préparations antimoniales. Quant à l'action de ce médicament sur les voies digestives, elle diffère

(1) En pareil cas, c'est l'ipécacuanha et le tartre stibié que l'on emploie généralement à l'hôpital des Enfans. M. Baudelocque a prescrit ici l'émétique parce qu'à cette époque il se livrait à des recherches sur l'action de ce médicament, qui nous a paru moins certaine que celle des deux substances précédentes.

notablement de celle du tartre stibié. Dans un des cas que nous avons rapportés, nous avons vu un vomissement survenir; c'est la deuxième fois que ce symptôme s'est montré sur quatre-vingts pneumoniques environ traités par l'oxyde blanc. Ce n'est aussi que dans un très-petit nombre de cas que nous avons observé de la diarrhée; du dévoiement existait chez deux de nos précédens malades au moment où l'on a commencé l'usage de l'oxyde blanc d'antimoine, et n'a pas tardé à disparaître, quoiqu'on ait continué l'emploi du remède, et qu'on en ait augmenté la dose. Sauf les cas de complication, nous n'avons jamais vu la langue se sécher : elle est toujours restée large et humide.

En résumé, des faits assez nombreux déposent en faveur de l'efficacité de l'oxyde blanc d'antimoine contre la pneumonie des enfans pour qu'on doive continuer à l'employer; il convient surtout : 1° dans les cas où les émissions sanguines ont été insuffisantes et ne sauraient être répétées sans danger; 2° dans ceux où les pertes de sang sont manifestement contre-indiquées. On devra *toujours*, chez les très-jeunes enfans, le préférer au tartre stibié à haute dose, que nous avons vu souvent produire des accidens à cette période de la vie.

T. Constant.

Du pied-bot antérieur, ou pied-équin, et de son traitement par la section du tendon d'Achille.

Certains physiognomonistes ont prétendu que le pied-bot ne s'alliait que rarement à une grande intelligence. Ce fait n'est pas exact. Il est vrai que le pied-bot congénital se combine assez souvent à d'autres défauts d'organisation, tels que les déviations de la colonne épinière, le *spina-bifida*, un encéphale peu ou mal développé, etc.; mais on pourrait citer un grand nombre d'intelligences supérieures chez des sujets atteints de cette infirmité.

Qu'il soit congénital ou bien accidentel, le pied-bot en général ne se présente que sous trois formes, savoir : 1° pied-bot externe, c'est-à-dire la démarche ne se faisant que sur le bord externe du pied, sur une partie de la face dorsale et sur les derniers orteils. Cette variété est la plus fréquente de toutes. Le membre pouvant être plus ou moins contourné en dedans, et le talon pouvant être plus ou moins relevé et tordu en dehors, il en résulte plusieurs degrés de la même infirmité, qu'il est facile de concevoir; 2° pied-bot interne, variété assez rare, dans laquelle on observe une disposition inverse à la précédente; 3° enfin pied-bot antérieur, digital, ou pied-équin. Cette espèce est aussi très-fréquente; la démarche n'a lieu que sur la pointe du pied ou sur les orteils seulement; le talon se trouve par conséquent relevé, et le pied tout entier offre la forme d'un S romain. Une circonstance organique commune à ces trois espèces de pied-bot, c'est la maigreur de la jambe correspondante ou l'absence presque complète du mollet. Cette dernière circonstance dépend de l'ascension et de l'atrophie par inaction des muscles de la même région. L'atrophie du mollet et le raccourcissement du tendon d'Achille, qui en est souvent la conséquence, s'observaient autrefois très-fréquemment, même chez les personnes non atteintes de pied-bot, par l'usage habituel des souliers à talons très-élevés, qui obligeaient à marcher presque sur la pointe du pied. Il ne sera question dans cet article que de la dernière espèce de pied-bot.

On ignore tout à fait quelles peuvent être les causes du pied-équin congénital. Il n'en est pas de même de l'accidentel : une plaie, un abcès, une ulcération, ou toute autre cause qui empêche pendant un certain temps de poser sur le talon en marchant, finit par rendre habituelle et forcée la démarche sur la pointe du pied, à cause du raccourcissement et de la rigidité du tendon d'Achille. Nous avons vu dernièrement à l'Hôtel-Dieu un homme âgé de quarante ans, qui présentait un pied-équin très-prononcé, par suite d'une morsure de chien, qu'il avait essuyée à l'âge de cinq ans, au bord externe du pied, ce qui l'avait obligé à marcher depuis sur la pointe de ce membre. Un peintre célèbre de Paris, que nous connaissons, porte aussi un pied-équin depuis sa première jeunesse, survenu à la suite d'une cause traumatique dans la région talonière. Scarpa cite aussi des cas analogues par suite d'ulcérations scrofuleuses à la plante du pied. Une maladie de la jambe ou de la cuisse peut aussi quelquefois produire le même résultat. On voit déjà, d'après ces simples notions, de quelle importance il est dans la pratique de défendre formellement dans les maladies plantaires la marche sur une seule partie, soit antérieure, soit externe, du pied.

Si l'on examine attentivement un pied-équin congénital, l'on trouve ce membre brisé en forme d'un S, des callosités plus ou moins épaisses existent sur les points où pose le centre de gravité, le talon est élevé d'un à trois pouces du sol, et même davantage; la jambe est plus ou moins maigre; le mollet est très-flasque et remonté vers la région poplitée; le tendon d'Achille est très-tendu, très-saillant sous la peau, dur au toucher comme une sorte de corde métallique, et plus ou moins inextensible, suivant l'âge du sujet; le pied entier est plus petit que l'autre; les articulations sont toutes mobiles et saines ordinairement. Pour ramener momentanément le pied à son état naturel, il faut abaisser fortement le talon vers le sol et relever en même temps les orteils dans un sens opposé, ce qui n'est pas impossible chez les enfans; mais chez les adultes un pareil nivellement complet est impossible à l'aide des mains seulement et tout d'un coup.

Dans le pied-équin accidentel on observe aussi les mêmes particularités que dans le cas précédent; seulement le développement total du pied présente peu ou pas de différence avec l'autre, si l'infirmité n'est pas très-ancienne, et surtout si elle s'est déclarée après l'âge de la puberté.

Il est évident, d'après les considérations qui précèdent, que, tant dans l'une que dans l'autre espèce de pied-équin, l'infirmité ne présente qu'une seule indication curative, savoir : abaisser d'une manière perma-

nente le talon vers le sol en allongeant le tendon d'Achille, et ramener en conséquence, et en même temps, les orteils vers leur niveau naturel, de manière que le centre de gravité du corps réponde en marchant sur toute la face plantaire du pied.

Plusieurs machines spéciales plus ou moins ingénieuses avaient été inventées pour remplir l'indication de l'allongement du tendon d'Achille ou de l'abaissement du talon ; celle de Scarpa entre autres, décrite dans son mémoire sur le pied-bot, paraissait réunir les conditions les mieux assorties et les mieux combinées ; mais, outre que l'action de ces machines est très-lente, infidèle, et quelquefois même insupportable, elle n'était applicable avec quelques chances de réussite que chez les enfans, ou dans les cas dont la difformité n'était pas très-ancienne. La nécessité d'un moyen plus actif et plus certain se faisait donc vivement sentir dans la thérapeutique. Déjà les anciens avaient compris que l'abaissement du talon pouvait probablement s'obtenir en coupant le tendon d'Achille distendu, mais nous ne sachons pas que cette idée ait été mise en pratique avant Delpech. Partant de l'idée que la réunion du tendon d'Achille, après sa rupture accidentelle, ne se faisait que moyennant une substance fibreuse intermédiaire, et que cette substance inodulaire était, ici comme dans toutes les cicatrices récentes en général, susceptible d'allongement par une distension soutenue, le célèbre chirurgien de Montpellier pensa reproduire pratiquement cette idée thérapeutique des anciens. Delpech coupa effectivement le premier le tendon d'Achille dans un cas de pied-équin, mais le résultat qu'il obtint a été nul. Il importe cependant d'en faire connaître les circonstances. Le malade, couché à plat-ventre et le membre fixé par un aide, l'opérateur plongea transversalement un bistouri mince et pointu immédiatement au-dessous du tendon d'Achille, et perça la peau de part en part entre le tendon et le tibia ; il introduisit ensuite par cette voie un bistouri, dont le tranchant convexe était dirigé en haut ou vers le tendon, et coupa celui-ci par son passage. Les plaies furent réunies par première intention, et les deux bouts du tendon laissés en contact afin de se cicatriser ; mais ces plaies suppurèrent et le tendon s'exfolia. Quoi qu'il en soit, après le vingtième ou le vingt-quatrième jour, Delpech mit le membre dans un appareil extensif et essaya d'allonger le tendon divisé en abaissant le talon ou, ce qui équivaut au même, en relevant la moitié antérieure du pied ; mais il était trop tard, il ne put pas en venir à bout ; car la cicatrice inter-tendineuse était déjà à cette époque devenue inextensible, tandis que celle de la peau était de son côté tendre et douloureuse.

Un chirurgien allemand cependant, M. Stromayer, directeur d'un établissement orthopédique à Hanovre, a été plus heureux que Delpech ; il a favorablement modifié le procédé du professeur de Montpellier, et a obtenu des résultats très-satisfaisans. Plusieurs pieds-équins chez des sujets de différens âges, enfans comme adultes, ont été parfaitement guéris, en moins de deux mois de traitement, par M. Stromayer ; plusieurs autres l'ont été également à Paris, sous nos propres yeux, depuis que cette heureuse et simple conduite orthosomatique est connue parmi nous. Voici en quoi consiste la médication dont il s'agit.

Le malade est placé comme dans le cas de Delpech, le pied fortement fléchi, afin de tendre le tendon d'Achille ; le chirurgien plonge derrière, ou plutôt au-dessous de ce tendon, qu'il pince et soulève avec deux doigts, un petit bistouri pointu, à manche fixe, à lame très-étroite, mais très-convexe vers la pointe ; il arrive horizontalement avec le tranchant tourné en haut contre le tendon jusqu'à la peau du côté opposé, qu'il ne perce pas ; il fait avec le tranchant convexe de petits mouvemens de scie sur le tendon lui-même, et celui-ci est coupé en un instant avec une sorte de craquement et de séparation instantanées, la peau n'étant entamée que d'un seul côté seulement. L'opération est terminée en un instant sans répandre presque aucune goutte de sang. On panse la petite plaie par première intention avec un morceau de diachylon. Elle est cicatrisée vingt-quatre heures après. Le membre doit être placé dans l'appareil extensif suivant.

On a une pantoufle à semelle de bois bien rembourrée, dans laquelle le pied est engagé. Cette pantoufle porte deux attelles latérales métalliques de la longueur de la jambe, également rembourrées et articulées d'une manière mobile avec les deux côtés latéraux de la semelle ; une courroie trouée arrête supérieurement ces deux attelles autour et au-dessous du genou ; deux autres courroies, clouées sur les parties latérales et tallonnières de la semelle, passent en se croisant sur le coude-pied et sont arrêtées à deux boutons métalliques existant sur les bords de la même semelle. La machine se trouve alors placée et arrêtée. A présent on produit l'extension continue à l'aide de deux fortes courroies qui sont clouées aux deux côtés de la pointe de la semelle ; ces courroies sont relevées et arrêtées supérieurement aux deux boutons des deux attelles. Il est évident que ces deux courroies forment la partie la plus essentielle de l'appareil en relevant la pointe du pied, ou plutôt en fléchissant ce membre et en abaissant par conséquent le talon. De cette manière on éloigne à volonté les deux bouts du tendon coupé.

Pendant les trois premiers jours de l'opération, la flexion du pied, ou plutôt l'abaissement du talon, doit être très-légère ; on laisse les deux bouts du tendon à une distance de quelques lignes entre eux, afin que la lymphe plastique s'épanche dans cet espace et les réunisse ensemble. Après cette époque, on augmente la flexion par degrés, en relevant chaque jour davantage les courroies extensives et en les fixant à d'autres trous pratiqués dans leur longueur. On parvient de la sorte, en moins de quinze jours, à allonger convenablement la substance de nouvelle formation, qui réunit les deux bouts du tendon ; cette corde se trouve avoir gagné ainsi deux, trois ou plusieurs pouces de longueur ; le talon touche alors complétement le sol, et le malade peut appuyer librement et commodément sur toute la plante au lieu de marcher sur la pointe du pied. L'opéré ne reste dans

le lit que pendant les dix ou quinze premiers jours; après cette époque, il se lève et fait de l'exercice en marchant, afin d'aider et de consolider l'allongement. L'usage de la machine est continué jour et nuit pendant deux mois environ, sans quoi il pourrait y avoir récidive par le raccourcissement consécutif du tissu inodulaire. Chez les malades que nous avons vu opérer de la sorte, la guérison a été prompte, heureuse et radicale. Cette méthode nous paraît former une véritable acquisition pour la thérapeutique. F.

N° 8. — 30 Avril.

Quelques considérations sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement des gastralgies.

Depuis que M. Odier, de Genève, a mis en circulation dans la thérapeutique le sous-nitrate de bismuth, il n'est peut-être aucune affection abdominale dans laquelle on n'ait proposé cet agent. On l'a vanté successivement contre les névroses gastriques, contre les diarrhées, contre le pyrosis, contre le cancer de l'estomac, contre le choléra. Une attention plus réfléchie et l'épreuve de l'expérience ont fait beaucoup rabattre des vertus attribuées à ce médicament. Personne ne croit plus aujourd'hui qu'il réussisse mieux dans le choléra que les autres remèdes; on est également revenu de l'opinion qu'il guérissait tous les flux chroniques du ventre; enfin, presque tous les praticiens tombent d'accord qu'il est loin de convenir dans toutes les affections douloureuses de l'estomac. Est-ce à dire que le sous-nitrate de bismuth ne jouisse d'aucune puissance? Non, sans doute; ce sel, au contraire, est un remède héroïque dans quelques cas pathologiques du système gastrique; seulement son action est plus restreinte qu'on ne l'assurait, et par conséquent les circonstances de son usage sont plus rares qu'on ne l'admettait. L'affection morbide qu'il soulage, et la seule même qu'il parvienne à guérir, c'est la gastralgie idiopathique ou nerveuse, affection qui intéresse exclusivement l'appareil sensitif et moteur de l'estomac. Ajoutons quelques faits nouveaux à ceux dont la science s'est enrichie, et cherchons à y découvrir sous quelles conditions il agit avec avantage et dans quel cas il manque le but. Quelques-uns de ces faits sont empruntés à la clinique d'un médecin trop habile pour que les insuccès de ce médicament puissent être placés sur un autre compte que sur celui de son inefficacité dans beaucoup de cas.

I. M. P...., homme de lettres, âgé de trente-deux ans, d'une santé très-délicate, sujet aux hémoptysies, fut pris, dans le courant du mois de février, d'un affaissement général et subit, sans autre lésion locale qu'une inappétence absolue, qu'un gonflement à la région épigastrique, après qu'il avait essayé de prendre quelque nourriture, avec nausées fréquentes et quelques vomituritions sans vomissemens décidés. L'épigastre était sensible à la pression, le ventre balloné, les garde-robes nulles; le pouls était fréquent, tous les soirs des frissons vagues parcouraient le dos et les membres, et lorsqu'ils avaient duré une ou deux heures, des bouffées de chaleur montaient au visage sans que les frissonnemens irréguliers cessassent tout à fait. La nuit le malade était agité, le sommeil troublé par des rêves, et le corps, particulièrement la tête et le ventre, trempés d'une sueur pénible. On prescrivit quatre grains de sous-nitrate de bismuth en deux doses, une le matin et l'autre le soir. Cette préparation, prise chez un pharmacien digne de confiance, ne produisit aucun effet. On augmenta progressivement la dose, et au bout de quelques jours le malade en prenait vingt-quatre grains toutes les vingt-quatre heures. La plus scrupuleuse attention ne put rien constater touchant l'action de ce médicament. Les symptômes de prostration annoncés plus haut allèrent croissant, et une diarrhée fétide, à cinq ou six selles par jour, prit la place de la constipation. On supprima l'emploi du bismuth pour prescrire des adoucissans. Ce nouvel ordre de moyens fut aussi sans avantage. L'eau de Vichy en boisson, et quelques doses de sulfate de quinine dans une potion aromatique, administrées par cuillerées, réveillèrent l'appétit et amenèrent un amendement général. Des frictions alcooliques sur les membres, secondées par le massage et par une alimentation succulente, achevèrent de dissiper tous les phénomènes morbides concentrés sur l'estomac, et décidèrent au bout de quelques jours le retour complet des forces.

Ici le sous-nitrate de bismuth, quoiqu'il ait été rapidement poussé jusqu'à vingt-quatre grains, n'a rien produit du tout, à moins qu'on ne veuille lui attribuer le dévoiement qu'on a observé pendant quelques jours à la suite de la constipation des premiers temps. Cependant les signes de l'affection gastrique de ce malade sont précisément ceux contre lesquels cette substance réussit le plus souvent; nous voulons parler de la douleur épigastrique, des nausées, du gonflement de l'estomac. Si on imputait au sous-nitrate de bismuth la diarrhée de ce malade, nous aurions une difficulté de plus à faire accorder avec ce fait, l'opinion un peu trop hasardée d'après laquelle le sous-nitrate de bismuth jouirait d'une grande efficacité contre les diarrhées. Quant à nous, nous pensons que ce remède n'a été ici d'aucune action, parce que la débilité générale du sujet, à laquelle nous rapportons les phénomènes que nous avons décrits, étaient le principal départ de la maladie. Dans notre opinion, on aurait dû commencer le traitement par les moyens auxquels on n'a recouru qu'à la fin, c'est-à-dire par une douce stimulation du canal digestif, soutenue d'une exsudation générale à l'aide de frictions, en attendant l'occasion de placer, comme on l'a fait, les restaurans et les analeptiques. Voici un second fait non moins remarquable que le précédent. Il s'agit d'une gastralgie exaspérée par le sous-nitrate de bismuth.

II. Un porteur d'eau, d'une constitution sèche et robuste, éprouvait depuis cinq ou six mois une douleur vive à l'épigastre, contre laquelle il avait dirigé sans succès, comme on le pense bien, les ressources ordinaires des gens de cette condition, les spiritueux, ren-

dus plus excitans par leur mélange avec la canelle, le sucre et le gingembre. Cependant, au dire du malade, sa gastrite n'avait pas éprouvé d'augmentation sous l'influence de ce traitement incendiaire; aussi l'avait-il mis en pratique plusieurs fois avant de se décider à entrer à l'hôpital. Le jour où nous l'avons vu, toute son affection était localisée sur l'épigastre. Cette région était douloureuse au toucher, et même sans la moindre pression; dès que le malade faisait un mouvement, soit pour se moucher, ou pour tousser, ou pour changer de situation, il était pris d'une forte douleur avec sentiment de brûlement qu'il comparait à une crampe. Ces crampes ne lui manquaient jamais dès qu'il s'avisait de porter la main à la région de l'estomac. Cependant, après qu'on avait exercé une sorte de massage sur cette région, afin d'explorer soigneusement toutes les parties affectées, ce malade ressentait un soulagement qu'il s'était déjà procuré en se frictionnant avec la main nue ou avec un linge. L'alimentation surtout était extrêmement pénible; à peine le malade avait essayé de prendre quelques alimens, ou seulement d'avaler quelques boissons, que les crampes gastriques se déclaraient instantanément, s'accompagnant d'une sensation de brûlement, de gonflement et d'éructations pendant sept à huit minutes. Le calme renaissait au bout de ce temps, pour recommencer de la même manière chaque fois qu'il buvait une gorgée de liquide ou qu'il prenait des alimens. Une observation exacte ayant fait écarter la supposition d'une lésion organique de l'estomac, on s'arrêta à l'idée de l'existence d'une gastralgie. On supprima toute nourriture et toute boisson, et l'on mit le malade à l'usage du sous-nitrate de bismuth, en commençant par trois grains toutes les vingt-quatre heures. On se contenta, pour satisfaire la soif du malade au cas où il en éprouverait, de lui ordonner de laisser fondre quelques morceaux de glace dans sa bouche. Les premières doses de sous-nitrate de bismuth passèrent sans donner lieu à aucun des effets qui suivaient habituellement l'absorption des matières, soit solides, soit liquides. Deux jours après, la dose du médicament fut élevée à six grains en trois fois dans les vingt-quatre heures. Le malade en était là, lorsque, après un effort pour pousser à l'émission des urines, qui se faisait depuis quelques jours avec une certaine difficulté, des crampes stomacales, plus fortes que jamais, surviennent et continuent sans beaucoup diminuer jusqu'au lendemain à la visite. A cette époque le pouls était enseveli et dur, la face contractée par la douleur, l'épigastre chaud, et sensible au point de ne pouvoir supporter le poids des couvertures. Un bain est prescrit et le sous-nitrate de bismuth suspendu. Le bain apaisa les douleurs locales et dissipa la fièvre. Le jour suivant, les choses étant dans le même état que la veille de la crise, on reprit l'usage du sous-nitrate, à la dose de trois grains dans les vingt-quatre heures. Dès la première prise du médicament, retour de crampes aussi violentes qu'avant le bain. Deux ou trois tentatives du même genre furent renouvelées, et chaque fois les crampes reparurent après l'ingestion du sous-nitrate. C'est alors qu'on changea la méthode de traitement et qu'on remplaça ce médicament par l'usage des bains généraux combinés avec l'opium à petites doses. Huit ou dix bains, prolongés pendant deux ou trois heures, et huit ou dix grains d'opium, administrés par fractions de grains, suffirent, en dix jours de là, pour mettre un terme à cette opiniâtre gastralgie.

Cette observation diffère essentiellement de la première: dans celle-ci, le sous-nitrate de bismuth n'a pas été seulement inactif, mais il a fait manifestement l'office d'un irritant; il a provoqué et aggravé les accès de gastralgie au lieu de les guérir ou de les apaiser. C'est bien certainement à l'inopportunité de cette substance, et non pas à la préparation particulière, qu'il faut s'en prendre s'il a si mal agi; car les procédés à l'aide desquels on obtient ce sel dans cet hôpital garantissent sa pureté, et d'ailleurs il a été employé sur d'autres malades dans des conditions différentes, sans donner lieu aux mêmes résultats. Ceci nous amène à faire une remarque utile: c'est que, si le sous-nitrate de bismuth n'est pas soigneusement préparé, il peut contenir de l'acide arsénique et occasionner par ce mélange infidèle des accidens très-fâcheux (1). C'est ainsi qu'on doit expliquer les dangers qu'ont couru quelques malades après l'administration de cette substance, et non pas par une action délétère de la part de ce sel. Tel n'est pas celui du malade dont nous venons de retracer l'histoire. Le sous-nitrate de bismuth a augmenté les symptômes, parce que la gastralgie se présentait avec une douleur beaucoup trop intense, et que le bismuth paraît moins convenir, si même il convient jamais, dans les affections de cette espèce qui se caractérisent plutôt par un excès de sensibilité que par une irrégularité des mouvemens de l'estomac. Toutes les fois que les crampes sont extrêmement douloureuses, l'opium ou les opiatiques méritent la préférence sur les autres remèdes; et quand ceux-ci semblent efficaces, c'est qu'on a eu le soin de les combiner avec l'opium. Le nitrate de bismuth opère avec avantage lorsque la gastralgie est principalement spasmodique ou que la douleur gastrique, au lieu de figurer au premier rang parmi les symptômes, ne vient qu'à l'occasion ou par l'effet du spasme de l'estomac. Un troisième fait où la gastralgie a offert ce caractère va servir de preuve à cette assertion.

III. Madame B...., âgée de quarante-deux ans, très-irritable, et dont les nerfs avaient encore été agacés par une suite de chagrins et de contrariétés, avait essuyé quatre ans auparavant une affection fort grave, dont les principaux symptômes avaient été une semi-paraplégie avec engourdissement et douleurs intermittentes des membres, un délire continu, augmentant par intervalles, qui tenait davantage de l'idiotie que de la manie

(1) Nous avons vu, il y a quelques mois, la femme d'un de nos habiles professeurs éprouver tous les symptômes d'un empoisonnement après avoir pris quinze grains de sous-nitrate de bismuth, dose qui cependant peut être dépassée sans accidens dans la plupart des cas. (*N. du R.*)

ou d'un transport fébrile. Malgré la continuité habituelle de cette perturbation intellectuelle, la malade revenait quelquefois tout d'un coup à un état de santé parfaite, pour retomber un ou deux jours après, et par la plus légère cause, dans ce désordre nerveux. Un traitement tonique et antispasmodique, dans lesquels entraient principalement le musc camphré et le quinquina, réussit à la guérir tout à fait. Le 21 mars dernier, à peine sa période menstruelle était passée, qu'une chute accidentelle sur des corps tranchans détermine une perte abondante de sang. Dès le lendemain de cet accident, madame B... fut prise d'un frisson vague entremêlé de crampes dans les membres, avec une excitation insolite de l'encéphale, de terreurs paniques et un serrement douloureux à l'épigastre, qui passait alternativement du dos à la poitrine et de la poitrine au dos. Une potion antispasmodique, composée avec les eaux distillées de menthe, de mélisse, de fleurs d'oranger, et vingt ou trente gouttes de liqueur d'Hoffman, furent prescrites concurremment avec l'usage des bains frais, dont la malade s'était toujours bien trouvée. Après le premier et le second bain, tous les symptômes avaient éprouvé un amendement notable; mais après le troisième, et tandis que la malade était encore dans l'eau, une constriction violente de l'épigastre, rayonnant vers la poitrine et le ventre, se déclare brusquement. Des frictions rudes sur les membres pelviens et thoraciques diminuèrent les menaces de suffocation sans les dissiper; elles revenaient même par accès, toujours avec un danger prochain de périr, lorsqu'on se décida à appeler M. Récamier en consultation.

Ce médecin, convaincu comme nous de l'absence de toute lésion organique, approuva la méthode antispasmodique qu'on avait suivie, et proposa d'y joindre le sous-nitrate de bismuth, auquel je n'avais pas songé. Nous employâmes immédiatement ce remède à la dose de huit grains par jour en trois doses. Dès la première dose et une heure après, la malade respirait avec moins de peine, et le sentiment de constriction de l'épigastre, qui ne l'avait pas quittée depuis quarante-huit heures, avait diminué à la fin de la journée; le mieux était plus prononcé. Nous dirons en peu de mots que, grace à quarante grains de ce sel qu'elle prit dans l'espace de quelques jours, sans préjudice des bains tièdes et des potions antispasmodiques indiquées, tout l'appareil nerveux effrayant, qui avait marqué le début de la maladie, disparut sans retour.

Dans le fait que nous venons de rapporter, les honneurs de la guérison sont dus évidemment au sous-nitrate de bismuth, puisque la médication est restée la même sans intervention de ce moyen; mais remarquons bien les phénomènes de cette maladie : les symptômes dominans étaient ceux d'un état violent de spasme de la région épigastrique, escorté d'un trouble général du système moteur; la douleur s'associait, il est vrai, à ces symptômes, mais elle n'a jamais été très-forte: la malade ne se plaignait, soit au milieu des accès, soit dans les intervalles lucides, que d'une gêne ou une espèce d'arrêt des fonctions respiratoires. A ce spasme se joignait, comme accessoire de la maladie, une agitation générale et tous les signes d'un trouble de mouvemens. C'est contre de tels symptômes que le sous-nitrate de bismuth déploie tous ses avantages, pourvu qu'il soit administré à des doses en harmonie avec le degré de l'affection. Nous en avons employé quarante grains en tout. Nous aurions poussé plus loin cette quantité si la maladie l'avait exigé, car ce remède peut être pris sans danger jusqu'à la dose d'un gros et davantage, quand on a procédé avec une certaine graduation. On débute ordinairement par trois et quatre grains toutes les vingt-quatre heures; on en donne deux ou trois grains de plus deux ou trois jours après, et ainsi toujours en augmentant jusqu'à quarante ou cinquante grains, ou même un gros au besoin. Arrivé à cette dose, il est très-probable que ce sel a produit tout ce qu'il peut produire, et que, s'il est sans succès, c'est qu'il n'est pas indiqué. Le mode d'administration est très-facile : on le donne seul en pilules, ou si le serrement de la gorge ne permet pas cette forme, on le suspend dans quelques gouttes d'un liquide émulsif édulcoré. Quand rien ne s'oppose à son association avec d'autres substances, on l'incorpore dans une composition antispasmodique, dans un julep ou dans un looch. Un très-bon auxiliaire de sous-nitrate, c'est l'opium; il est indiqué lorsque l'état du spasme se trouve joint avec quelque douleur nerveuse, ce qui est le plus ordinaire. Dans ces circonstances, on fait prédominer dans la formule tantôt l'opium, tantôt le sous nitrate, selon que c'est la douleur ou l'état de spasme qui fixe l'attention. Un autre genre de combinaison, c'est l'addition du sulfate de quinine toutes les fois qu'un élément périodique se joint à la présence du spasme gastrique. Cette complication se rencontre aussi très-fréquemment, si l'on veut bien se rappeler qu'il est dans la nature de toutes les affections nerveuses de se reproduire avec le génie intermittent.

FUSTER.

De l'emploi de la glace et du lait dans le traitement des dilatations de l'estomac.

L'anatomie pathologique nous apprend de quelle ampliation morbide l'estomac est susceptible; on connaît cette observation, publiée par Chaussier en 1823, d'un sujet chez qui ce viscère remplissait toute la cavité abdominale. Mais pour le praticien ce n'est pas tout d'avoir acquis la connaissance d'une maladie; la thérapeutique a aussi sa conquête à faire, et certainement ce n'est pas la partie du problème la moins importante à résoudre. Cette maladie d'ailleurs n'est peut-être pas aussi rare qu'on le pense généralement; les autopsies cadavériques nous révèlent assez souvent ce mode d'altération, et il est permis de croire que plus d'une dyspepsie pourrait être attribuée à cette cause fréquemment méconnue. Les dilatations de l'estomac ne reconnaissent pas toujours pour point de départ un rétrécissement soit hypertrophique soit spasmodique du pylore :

elles peuvent provenir aussi d'une simple asthénie de cet organe, qui, devenu plus ou moins incapable de réagir suffisamment, se dilate mécaniquement par cela seul qu'il laisse les matières alimentaires s'accumuler dans sa cavité.

Obs. I. J'ai eu occasion de vérifier cette doctrine sur une femme qui, en 1834, succomba à l'Hôtel-Dieu de Lyon à une métro-péritonite chronique, suite de couches. Elle avait eu l'appétit dérangé, les digestions très-imparfaites, et avait éprouvé des vomissemens irréguliers et abondans, qui succédaient à de longues pesanteurs épigastriques. L'estomac offrit une assez ample dilatation sans hypertrophie et sans obstruction aucune au pylore; ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est que les membranes gastriques, vers la grande courbure, étaient dans un état de ramollissement gélatiniforme. M. Cruveilhier a observé également des faits confirmatifs de cette opinion. « Sur deux individus que je croyais, dit-il, affectés de cancer au pylore, j'ai trouvé l'estomac énormément dilaté; l'orifice pylorique ne présentait aucune lésion organique. Dans l'un de ces cas, le malade rendit en ma présence, par le vomissement, la moitié d'un seau de liquide verdâtre. » (Dict. prat. VII, 501.)

Ceci établi, on reconnaît deux formes principales à la maladie, et l'on conçoit que, dans tous les cas, elle doit être assez rebelle, et toujours longue et difficile à guérir à moins qu'on ne l'attaque tout à fait à son origine; et alors on empêche plutôt la dilatation de se produire qu'on ne la guérit réellement développée. Au reste, une considération pratique importante, c'est que, moins il y a de temps que les fibres gastriques ont commencé à perdre leur ressort et leur tonicité, plus on a de chances d'obtenir une guérison rapide. Mais d'ordinaire le médecin n'est consulté que lorsque la dilatation est déjà ancienne, d'autant mieux qu'en général elle n'entraîne pas de douleurs très-vives, qu'elle ne s'accompagne pas de fièvre, que les apparences de la santé se conservent quelque temps, etc., qu'on est porté d'abord à la regarder plutôt comme un malaise passager que comme une maladie sérieuse. Ce début insidieux lui laisse faire des progrès; et plus il y a de difficultés à en triompher ensuite, plus il doit être important de chercher les moyens d'y parvenir. Les observations suivantes nous montrent l'efficacité de la glace et du lait employés dans ce cas, concurremment avec une diète sévère.

Obs. II. Une ouvrière en soie, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique, se présenta à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1833. Depuis plusieurs années elle éprouvait des troubles dans la digestion; son régime avait été des plus mal réglés : tantôt réduite à se nourrir peu quand elle n'avait pas d'ouvrage, tantôt mangeant beaucoup lorsque ses moyens le lui permettaient, elle avait fini par être atteinte de dyspepsie. Une autre circonstance prédisposante, c'est qu'elle travaillait sur un large métier, qui nécessitait de grands et continuels mouvemens dans les membres thoraciques, tandis que, le tronc courbé en avant, l'épigastre s'appuyait fortement sur une barre transversale. Son état empire; l'appétit était tantôt normal, tantôt aboli, la soif nulle, les digestions pénibles; une heure ou deux après le repas, elle ressentait une pesanteur incommode à l'épigastre; puis il survint des dérangemens dans la menstruation, et plus tard elle eut des vomissemens irréguliers et abondans, précédés de renvois acides. Dans l'intervalle, il lui semblait que tout lui restait sur l'estomac, qui ne se débarrassait que quand il était surplein. Alors elle était soulagée; elle disait que son ventre s'affaissait de suite, et que les bruits de liquides abdominaux cessaient de se faire entendre. La nutrition se faisait mal, ses forces s'étaient affaiblies; du reste elle n'eut jamais aucun mouvement de fièvre. Tel était l'état de la malade lors de son entrée à l'hôpital.

La privation des alimens étant la première indication à remplir, elle fut mise à une diète absolue; on ne donna point de tisanes; on prescrivit une chopine de lait à prendre par jour en plusieurs fois, dans laquelle elle mettait de la glace pilée au moment de boire. La dose du lait fut bientôt portée à plus d'une pinte, et celle de la glace à environ deux livres; puis on ajouta quelques potages légers. La malade gardait le repos. Les renvois cessèrent peu à peu, les vomissemens aussi; puis le soulagement fut si sensible qu'on ne pouvait qu'à grande peine astreindre la malade au repos et au régime. A mesure qu'elle sentait qu'elle allait mieux, son indocilité augmentait; et au bout d'un mois l'amélioration devint si prononcée, qu'elle montra une répugnance invincible pour l'espèce de jeûne qu'on la forçait à observer, et que, se disant guérie, elle voulut absolument sortir pour pouvoir manger tout à son aise.

Obs. III. — J'ai recueilli récemment un autre fait de ce genre: le sujet est un imprimeur en taille-douce, âgé de quarante-trois ans, d'une constitution aujourd'hui fort affaiblie. Sa maladie, dont je n'ai pu trouver aucune cause spéciale, datait de douze ans; il n'était ni gros mangeur ni sujet aux indigestions, ni adonné aux excès de table, et sa santé était bonne antérieurement; seulement il faut noter que son occupation était de tourner une presse, ce qui l'obligeait à des mouvemens continuels et fatigans dans les membres supérieurs. Il prétend avoir eu deux de ses camarades atteints, dit-il, de la même maladie que lui; et il raconte que son père est mort d'une affection du pylore. Il éprouva d'abord de la lenteur dans les digestions, sans trouble dans l'appétit, et avec adipsie, au point qu'il restait souvent quatre ou cinq jours sans boire; il avait d'ailleurs remarqué que plus il buvait plus son mal empirait. Les alimens lui semblaient d'abord s'arrêter dans l'œsophage, puis il ressentait des douleurs sourdes dans les hypocondres, s'exaspérant par intervalle, et se concentrant par fois à l'épigastre, sans être accompagnées de nausées. Dès lors il fut atteint d'une constipation opiniâtre. Un traitement antiphlogistique amena quelque amendement durant environ un mois; puis la même série d'accidens se reproduisit, et plusieurs années se passèrent dans ces alternatives d'améliorations et de re-

chutes. Il y a six ans, il eut une vive recrudescence qui le força de suspendre son travail pendant sept mois : douleurs profondes dans les hypocondres, digestions pénibles, renvois fétides, rarement envies de vomir, et plus rarement vomissemens spontanés. Pour se soulager il s'excitait à vomir, soit par la titillation de la luette, soit par l'ingestion d'un peu d'eau chaude ; il rendait beaucoup de matières liquides, roussâtres, très-acides, d'une odeur fort désagréable, et dont l'expulsion amenait un soulagement instantané. En outre, constipation, selles très-rares, dures, desséchées, expulsées à grande peine ; ce qui donna lieu à la production d'hémorrhoïdes qui fluaient un peu tous les mois, et qui fournirent un jour une forte hémorrhagie ; plus tard il s'y joignit une chute du rectum, qui survint dans les efforts de la défécation. Les urines étaient peu abondantes, se troublaient par le refroidissement et formaient un dépôt sablonneux. La maigreur était devenue très-grande. Il alla passer trois mois à la campagne, où il ne vivait presque exclusivement que de lait, qu'il buvait au moment même où l'on venait de le traire. Il se rétablit peu à peu et put ensuite reprendre ses travaux ; le mieux dura quatre à cinq mois.

Enfin, en septembre 1835, après une amélioration des plus marquées qui, s'étant prolongée pendant près de six mois, et lui ayant en partie rendu ses forces et son embonpoint, lui faisait croire qu'il était presque guéri, il éprouva une dernière recrudescence à la suite d'un écart de régime; et il dit avoir remarqué que, dans le cours de sa longue maladie, les plus fortes rechutes avaient lieu surtout dans cette saison, qui correspond précisément à l'époque où, quatre ans avant la première invasion du mal, il avait eu une gonorrhée de quelques semaines, traitée et guérie par un herboriste. Quoi qu'il en soit, un nouvel excès de table auquel il se livra en novembre donna une plus grande intensité à la recrudescence de l'affection : les renvois devinrent plus fréquens et plus fétides, les digestions plus pénibles et plus imparfaites, les douleurs dans les hypocondres et l'épigastre plus incommodes, et le malaise général augmentait jusqu'à ce qu'un vomissement provoqué le soulageât. Dans l'intervalle, le ventre se tendait ; dans les mouvemens du tronc, il sentait la secousse d'un flot de liquide, dont les assistans pouvaient eux-mêmes entendre le bruit ; la succussion produisait le même phénomène; le décubitus latéral faisait tomber avec bruit un poids vers le point déclive, où il se développait aussitôt une tumeur molle qui changeait la forme de l'abdomen ; il rendait beaucoup de gaz par la bouche et par l'anus ; la constipation persistait, la sécrétion urinaire avait diminué, il n'offrait pas de fièvre. C'est dans cet état que le malade entra, le 4 janvier 1836, dans le service de M. Rayer. Cet habile praticien prescrivit de la glace et du lait, dont l'usage avait déjà été commencé depuis quelques jours ; le surlendemain il fit appliquer un cautère sur l'épigastre. Le diagnostic fut : dilatation de l'estomac avec rétrécissement du pylore. A partir du 9 janvier, il n'y eut plus ni renvois ni vomissemens ; la pesanteur de l'épigastre et dans les hypochondres disparut peu à peu et finit par ne plus rendre de gaz ; au bout de trois semaines, il digérait bien le peu d'alimens qu'il prenait à l'insu du médecin. L'amélioration devint très-marquée ; la succussion ne produisit plus le bruit dont jai parlé ; la constipation avait diminué, et la sécrétion urinaire était plus active. La maigreur persistait, mais les forces revenaient, et le malade, qui assurait ne plus ressentir aucun mal, disait que la prudence seule l'empêchait d'obéir à son appétit, attendu que les digestions s'opéraient bien. Il sortit le 4 février, non pas guéri, car il ne peut l'être qu'à la longue, mais en bonne voie de guérison et dans un état d'amélioration très-satisfaisant.

Ainsi voilà deux cas où l'emploi prolongé de la glace et du lait a réussi, et ce double succès doit inspirer quelque confiance dans l'administration de ces moyens thérapeutiques. Au reste, il ne faudrait pas croire qu'ils ont seuls contribué à la cure ; à coup sûr il faut aussi faire entrer en ligne de compte l'influence du repos, toujours avantageux quand il ne ferait que permettre, à cause du peu de pertes que l'économie a alors à réparer, d'observer une diète plus longue et plus rigoureuse. J'en dirai autant de l'abstinence : l'anatomie pathologique montre que tous les canaux se rétrécissent en proportion de la diminution de quantité des matières qui ont l'habitude de les parcourir ; et des expériences directes ont appris combien l'estomac se resserre, et se raccourcit même, chez les animaux qu'on soumet à une diète prolongée ou qu'on fait lentement mourir de faim. N'est-ce pas un principe analogue qui sert de base à la méthode dite de Valsalva dans le traitement des anévrysmes ? Plus l'abstinence est un puissant auxiliaire des autres traitemens thérapeutiques, plus on doit veiller à ne pas perdre en un jour, par un seul écart de régime, le fruit d'un traitement de plusieurs mois ; il faut beaucoup de persévérance et de courage pour en retirer tout ce qu'on en peut espérer ; et il y a à cela d'autant plus de difficulté que, à mesure qu'on avance vers la guérison, l'appétit devient plus fort, les besoins d'alimentation plus impérieux, et les tentatives plus pénibles à vaincre. Or, que ce ne soit qu'à l'aide d'un régime suivi et d'une sobriété longtemps prolongée qu'on puisse triompher de cette grave affection, la troisième observation en est une preuve frappante, et c'est une vérité pratique dont il faut que le médecin s'attache à convaincre le malade. J'ajouterai que le cautère placé à l'épigastre paraît avoir exercé une révulsion efficace ; le sujet assure avoir éprouvé depuis lors un soulagement plus notable.

Dans quel cas faudra-t-il employer ces moyens? Il est utile de l'indiquer, car on ne saurait trop répéter combien la manie des remèdes universels est nuisible à la thérapeutique, que la science des indications doit seule diriger l'emploi des méthodes de traitement, et que c'est par suite de l'abus que les meilleurs agens tombent souvent dans un injuste oubli. Si donc il y a dilatation avec asthénie de l'estomac, les faits précédens montrent ce qu'on peut attendre des moyens que

j'ai signalés. A-t-on affaire à un reste de phlegmasie à demi-éteinte, on conçoit que ce sera encore une bonne médication pour triompher de cet état morbide; que si l'on a à traiter un rétrécissement spasmodique du pylore avec ampliation de l'estomac, le lait à la glace paraît très-propre à abattre d'abord l'éréthisme nerveux, et à rendre ensuite la tonicité au muscle gastrique. Pourrait-on obtenir le même succès dans le rétrécissement du pylore par hypertrophie? Certainement on ne peut l'assurer; mais il est permis de l'espérer. Qui ne sait que le célèbre Pouteau guérit un cancer de l'utérus par l'usage prolongé de l'eau à la glace pour tout remède et pour toute nourriture? Dans tous les cas, on ne pourra disconvenir que l'administration de ces moyens ne soit au moins très-rationnelle et ne puisse être fort avantageuse. PETREQUIN.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations sur l'eau de Seltz préparée avec la prétendue poudre de Seltz.

A l'époque déjà éloignée où les progrès de la chimie analytique inspirèrent à quelques bons esprits la pensée de reproduire par une fidèle synthèse les eaux minérales naturelles, dont les heureux effets sur l'économie avaient été constatés, les médecins n'accueillirent d'abord qu'avec méfiance ces nouvelles préparations. Le pouvoir de la chimie fut souvent mis en doute, et ce n'est qu'au milieu de critiques fréquentes et animées que les eaux minérales artificielles ont conquis peu à peu la popularité dont elles jouissent aujourd'hui.

Ces critiques, aveugles quelquefois et mal fondées, mais plus souvent judicieuses, ont contribué à rendre plus parfaite l'imitation des eaux naturelles; on ne saurait trop s'en applaudir. Mais s'il est juste d'attacher une haute importance à retrouver dans les eaux artificielles tous les principes que l'analyse a pu signaler dans les eaux naturelles, on doit aussi condamner avec sévérité ces compositions plus ou moins grossières que l'on s'efforce de substituer aux véritables eaux minérales, présentant à la crédulité publique l'appât d'une économie mal entendue. Je veux parler de ces prétendues poudres de Seltz qui fournissent une boisson gazeuse il est vrai, mais en même temps laxative, et dont la composition diffère *essentiellement* de celle de l'eau de Seltz.

Je me suis proposé dans cette note de mettre en regard la composition de ces poudres, et celle que les meilleures analyses ont attribuée à l'eau de Seltz, afin que les médecins pussent en apprécier la différence et prémunir leurs malades contre l'usage d'un médicament infidèle.

Composition de l'eau de Seltz.

Hydrochlorate de chaux cristallisé.	6 grains.
Hydrochlorate de magnésie cristallisé.	5
Carbonate de soude cristallisé.	16 grains.
Sel marin.	20
Sulfate de fer cristallisé.	1/4
Sulfate de soude cristallisé.	1
Phosphate de soude cristallisée.	1 1/3
Eau gazeuse à 5 vol.	20 onces.

Composition de la poudre de Seltz.

Acide tartrique.	132 grains.
Bi-carbonate de soude.	144

Cette poudre, versée dans une bouteille contenant vingt onces d'eau, produit une vive effervescence d'acide carbonique et de tartrate de soude qui reste dissous. On n'obtient donc ainsi qu'*une dissolution laxative de tartrate de soude dans de l'eau gazeuse.* F. BOUDET.

Formules de plusieurs préparations dont l'hippocolle est la base médicamenteuse.

La colle de peau d'âne ou l'hippocolle (1), est une gélatine que l'on prépare surtout en Chine, avec les parties blanches du zèbre ou âne rayé. On la trouve dans le commerce en tablettes d'un gris terne et à demi-opaques, ou d'une couleur fauve et transparente.

L'hippocolle ne paraît pas différer beaucoup de la gélatine de taureau qui se prépare en Europe; cependant, comme on lui attribue des propriétés particulières, M. Beral a fait quelques essais dans le but de reconnaître la forme sous laquelle il convient le mieux de l'employer. Voici les formules qu'il a adoptées à cet égard.

Saccharolé d'hippocolle.

Prenez: Sucre en poudre.	15 onces.
Hydralcoolé d'hippocolle à un quart.	4 onces.

Mêlez dans un mortier de marbre; faites sécher le mélange à la chaleur d'une étuve, et réduisez-le en poudre.

Ce saccharolé contient un seizième d'hippocolle ou demi-gros par once.

La quantité sera de 16 onces.

Tablettes d'hippocolle.

Prenez : Saccharolé d'hippocolle.	16 onces.
Hydrolate de fleurs d'oranger.	15 gros.

Faites une pâte et façonnez-la en tablettes de seize grains.

Chaque tablette contient un grain d'hockiack.

(1) Cette substance porte aussi le nom d'hochiak.

Gelée d'hippocolle.

Prenez :	Eau commune.	6 onces.
	Hydralcoolé d'hippocolle à un quart.	2 onces.
	Sucre blanc.	4 onces.

Réduisez les douze onces à huit onces.

Pesez ces substances dans un poêlon d'argent, et faites bouillir légèrement jusqu'à ce que le mélange soit réduit au poids indiqué, en ayant le soin de le remuer continuellement. Aromatisez avec un peu d'alcoolat de citrons, et coulez dans un pot.

Lait analeptique d'Atkinson.

Prenez :	Lait de vache.	14 onces.
	Saccharolé d'hippocolle.	1 once.
	Chocolat râpé.	demi-once.
	Extrait de genièvre.	demi-once.
	Bi-carbonate de soude.	8 grains.

Pesez le tout dans un poêlon d'argent ; faites prendre quelques bouillons au mélange, et prenez-le pendant qu'il est chaud.

L'hydralcoolé d'hyppocolle se prépare ainsi qu'il suit :

Prenez :	Hydralcool à vingt degrés.	4 onces.
	Hippocolle réduite en poudre.	1 once.
	Chauffez dans un poêlon pour dissoudre la gélatine et réduire le mélange à	4 onces.

Passez au travers d'un blanchet, et coulez dans un pot.

Les diverses sortes de gélatine animale que l'on trouve dans le commerce, et l'hyppocolle en particulier, ont une saveur et une odeur plus ou moins désagréables. Cette circonstance exige que l'on associe à l'hyppocolle des substances capables d'en masquer les propriétés. Elle s'oppose aussi à ce que l'on emploie une grande quantité à la fois.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

AVRIL 1836.

Recherches sur l'huile volatile du spiræa ulmaria ; par le docteur Löwig, *professeur de chimie à Zurich.* (Annalen der Physik und Chemie, vol. XXXVI, cah. 3, pag. 383).

(Extrait par M. VALLET.)

Tandis que les recherches sur les végétaux et sur les substances végétales ont appris à connaître un grand nombre d'oxacides à radical composé, on n'a, à l'exception de l'acide hydrocyanique, démontré l'existence d'aucun hydracide semblable dans la nature organique, et jusqu'à ce jour nous n'avons pas la moindre notion sur des hydracides à radical ternaire, si l'on ne compte pas dans ce nombre l'acide hydrosulfocyanique. La détermination des phénomènes, qu'offre l'huile d'amandes amères, a non-seulement conduit à la connaissance exacte de radicaux ternaires, mais elle a montré aussi qu'il peut y avoir des oxacides avec une base triple contenant de l'oxigène.

Les recherches décrites dans le mémoire suivant, et qui ont été faites avec l'huile volatile des fleurs de *spiræa ulmaria,* ont produit la découverte du premier hydracide à radical ternaire dans la nature organique, et elles donnent l'espoir bien fondé que l'on parviendra aussi à isoler son radical.

M. Pagenstecher, pharmacien à Berne, a déjà appelé l'attention des chimistes (1) sur l'huile et l'eau distillée des fleurs du *spiræa ulmaria.* Il a décrit avec exactitude presque toutes les combinaisons sur lesquelles roule le présent travail, et s'il eût fait l'analyse élémentaire seulement de quelques-unes des substances, ni la vraie nature de l'huile ni celle de plusieurs des décompositions et des combinaisons qu'elle subit ou qu'elle forme ne lui auraient échappé : c'est lui qui a fait présent à M. Lowig de l'huile essentielle pour toutes ses expériences, en lui communiquant en même temps les observations qu'il avait faites depuis sur ce corps : ce mémoire, où se trouvent consignées les principales recherches de M. Pagenstecher, peut donc, de l'avis même de M. Lowig, être considéré, sous un certain rapport, comme entrepris en commun par lui et par M. Pagenstecher. Pour faciliter l'aperçu des expériences suivantes, il faut exposer à l'avance quelques résultats principaux qui en dérivent : l'huile des fleurs du *spiræa ulmaria* est un hydracide et est formé d'*un* atome d'un radical $= C^{12} H^{5} O^{4}$, et d'*un* atome d'hydrogène, qui avec le radical forme l'acide. Si l'hydrogène, qui avec le radical forme l'acide, est oxidé par l'acide nitrique, le radical absorbe encore 4 atomes d'oxigène, et l'oxacide du même radical est produit par cette absorption. Au lieu d'un atome d'hydrogène, le radical peut aussi se combiner avec un atome de chlore, de brôme, d'iode ou avec un atome de métal. Ces dernières combinaisons se produisent aussi lorsqu'on met l'hydracide en contact avec les oxides ; mais cet acide se combine à l'état d'hydracide avec l'ammoniaque. De ces faits se déduit la série suivante de combinaisons :

$$C^{12} H^{5} O^{4} + H.$$
$$C^{12} H^{5} O^{4} + Chl.$$
$$C^{12} H^{5} O^{4} + Br$$
$$C^{12} H^{5} O^{4} + J.$$
$$C^{12} H^{5} O^{4} + K.$$
$$C^{12} H^{5} O^{4} + O^{4}.$$
$$(C^{12} H^{5} O^{4} + H) + NH^{3}.$$

et ainsi de suite.

Le radical est désigné par le nom de *spiræoyle,* ou plus brièvement *spiroïle.* Une autre dénomination eût été choisie, si une désignation semblable d'un corps analogue n'eût pas déjà établi un précédent. L'auteur fait observer à ce sujet qu'il y a toujours de l'inconvénient à tirer le nom d'une matière végétale de la plante, dans laquelle on l'a découverte pour la première fois, s'il y a grande probabilité que la même substance se trouve aussi dans d'autres plantes. Les dénominations qui indiquent une propriété principale de cette substance sont donc toujours préférables, selon lui, dans des cas pareils : ainsi le *spiroïle* jouit d'une propriété toute particulière; c'est de former, avec l'oxigène et avec les métaux des alcalis et de terres, des combinaisons jaunes ; et un nom qui eût rappelé cette propriété aurait été très-convenable.

Acide hydrospiroïlique.

L'huile volatile de la fleur du *spiræa ulmaria* est l'a-

(1) *Voir* le Répertoire de Buchner, vol. XLIX, p. 337.

cide hydrospiroïlique. On l'obtient par la distillation des fleurs avec de l'eau : on retire une quantité d'eau à peu près égale à celle des fleurs employées. Le produit de la distillation est distillé de nouveau, jusqu'à ce qu'un cinquième soit passé dans le récipient : on obtient alors une solution aqueuse concentrée de l'huile et l'huile elle-même, bien qu'en faible quantité. Cette huile est plus pesante que l'eau ; elle a une couleur jaune claire, et offre l'odeur des fleurs à un haut degré ; elle est miscible en toutes proportions à l'alcool et à l'éther ; elle est aussi soluble dans l'eau, mais en moindre quantité. Elle produit sur la langue une sensation de brûlure. Le papier de tournesol est d'abord verdi, puis blanchi par la vapeur qui le touche pendant la distillation de l'huile. La teinte de tournesol est d'abord rougie par la solution aqueuse de l'huile, puis décolorée peu à peu, de manière à tirer sur le vert. Cette huile est inflammable, et brûle avec une flamme brillante, fuligineuse.

Si on la fait passer dans un tube chauffé au rouge et rempli de petits fragmens de fer, on n'obtient ni ammoniaque ni acide hydrocyanique : on n'observe pas non plus dans cette expérience la formation de sulfure de fer. Elle ne subit d'altération ni dans le gaz oxigène humide, ni dans le gaz oxigène sec : elle s'évapore complétement. Elle devient solide à un froid de — 20°. Son point d'ébullion est à + 85°, température à laquelle elle se volatilise sans résidu. Elle forme facilement avec les bases salines, et notamment avec les alcalis et les terres alcalines, des combinaisons peu ou point solubles.

L'acide sulfurique concentré la transforme en une masse noire charbonneuse. Le chlore et le brôme la décomposent aussitôt : il se forme de l'acide hydrochlorique ou hydrobromique, et du chlorure ou du bromure de *spiroïle*. L'acide nitrique, dont la concentration n'est pas trop grande, donne aussitôt naissance à de l'acide *spiroïlique*. L'acide nitrique concentré fumant la charge au contraire en une masse butyreuse, jaune, très-volatile et de saveur amère.

L'analyse de l'huile anhydre, ainsi que celle des autres combinaisons, a été faite à la manière ordinaire avec l'oxide de cuivre ;

0,290 gr. d'huile ont donné 0,694 acide carbonique
191,89 carbone
0,290 — — 0,145 eau.
16,10 hydrogène.

290 parties contiennent donc :

		100 parties.
Carbone.	191,89	66,17
Hydrogène.	16,10	5,55
Oxigène.	82,01	28,28
	290,00	100,00

Ce qui donne les rapports atomiques suivans :

12 at. carbone.	73,56	66,92
6 — hydrogène.	6,00	5,35
4 — oxigène.	32,00	27,73
1 — hydrure de spiroïle.	111,56	100,00

La combinaison de l'huile avec le cuivre a été ensuite soumise à une analyse élémentaire : elle avait été obtenue par l'agitation d'une solution aqueuse de l'huile avec de l'hydrate d'oxide de cuivre récemment préparé et parfaitement pur, en prenant la précaution de laisser de l'huile en excès, et de faire sécher à + 160°, la combinaison verte ainsi obtenue ; celle-ci ne subit pas de décomposition à cette température, ce que l'on reconnaît à ce que l'huile s'en sépare sans altération par l'addition d'un acide.

0,174 grm. de la combinaison de cuiv. ont donné : 324 acide carbo.
= 89,58 carbone.
0,174 — — — 0,054 eau
= 5,99 hydrogène.

De plus brûlés au contact de l'air,

0,130 de cette combinaison ont donné 0.03719 d'oxide de cui.
= 29,68 cuivre.

Or, si dans la combinaison du cuivre avec l'huile on admet le cuivre à l'état métallique, on a

Carbone.	89,58	51,48
Hydrogène.	5,99	3,44
Oxigène.	38,71	22,20
Cuivre.	39,72	22,88
	174,00	100,00

Si l'on réduit ces proportions en atomes, on obtient :

12 at. carbone.	73,56	51,71
5 — hydrogène.	5,00	3,51
4 — oxigène.	32,00	22,51
1 — cuivre.	31,70	22,27
1 — spiroïl. de cuiv.	142,26	100,00

Ces expériences montrent, dit l'auteur, la justesse de l'opinion exprimée plus haut, que l'huile est un hydracide à base ternaire, et prouvent en outre qu'il se comporte avec les métaux absolument comme les autres hydracides connus : ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est que si l'on fait passer du chlore gazeux sur différentes combinaisons métalliques, comme sur du spiroïlure de cuivre ou d'argent, il se produit du chlorure de cuivre ou d'argent, et du chlorure de spiroïle, sans la moindre formation d'acide hydrochlorique. *Mais la preuve la plus frappante*, poursuit-il, *que l'huile est un hydracide, c'est que, si on la met en contact sur le mercure avec du potassium, il se développe du gaz hydrogène avec une élévation très-modérée de température, tandis qu'il se produit du spiroïlure de potassium, qui, traité par l'acide hydrochlorique, laisse séparer l'huile avec ses propriétés primitives.* L'action de l'huile sur le potassium, qui n'est que très-lente à la température ordinaire, est tellement accélérée par une faible élévation de température, que pendant le développement du gaz hydrogène la combinaison du spiroïle avec le potassium se fait avec production

de flamme. Il n'y a pas la moindre formation de charbon ou de substance charbonneuse, et le gaz hydrogène séparé est parfaitement pur. Si l'huile qui est employée à cette expérience n'est pas tout à fait anhydre, il se forme un dégagement d'hydrogène aussitôt qu'a lieu le contact avec le potassium; mais ce dégagement cesse presque entièrement au bout de peu de temps. Si on chauffe alors l'appareil en approchant de loin un charbon rouge, le dégagement d'hydrogène recommence en grande quantité, et avec la même vivacité que dans l'emploi de l'huile anhydre.

Hydrospiroïlate d'ammoniaque.

Si sur de l'acide hydrospiroïlique pur on verse de l'ammoniaque aqueuse concentrée, le mélange liquide se transforme au bout de peu de secondes, avec élévation de température et augmentation notable de volume, en une masse solide d'hydrospiroïlate d'ammoniaque, qui peut, au moyen de lavage avec l'alcool, être débarrassé de l'eau et de l'excès d'acide hydrospiroïlique. Ce sel a une faible odeur aromatique, analogue à celle de la rose : il est insipide et jaune. Presque insoluble dans l'eau, il n'est que peu soluble dans l'acool froid ordinaire : mais l'alcool absolu le dissout en grande quantité à froid comme à chaud. Si on laisse refroidir la solution bouillante, on obtient l'hydrospiroïlate d'ammoniaque cristallisé en aiguilles fines, transparentes, groupées en forme de houppes, et de couleur jaune claire. Conservé à l'état humide en vases clos, il se décompose au bout de quelque temps, devient noir peu à peu, puis demi-fluide : il y a dégagement d'ammoniaque, tandis qu'il se développe une odeur très-pénétrante d'huile de roses.

A la chaleur de l'ébullition de l'eau, l'hydrospiroïlate d'ammoniaque ne subit pas de changement dans l'agrégation de ses molécules : à + 115° il se fluidifie, fond comme la cire, et se volatilise, sans résidu et sans altération, en une vapeur jaune à quelques degrés au-dessus de son point de fusion. Les acides le décomposent aussitôt : l'huile se sépare non altérée, et il se forme un sel ammoniacal correspondant. L'hydrospiroïlate d'ammoniaque a donné à l'analyse :

Ammoniaque.	13,52	
Hydrure de spiroïle.	86,48	
	100,00	
ou		
1 at. ammoniaque.	17,18	13,38
1 — hydrure de spiroïle.	111,56	86,62
1 — hydrospiroïlate d'ammoniaque.	128,74	100,00

Spiroïlures métalliques.

L'auteur examine un assez grand nombre de combinaisons du spiroïle avec les métaux : nous ne décrirons que celles que ce corps forme avec le potassium et l'argent.

Spiroïlure de potassium. On obtient cette combinaison, 1° en mettant le potassium en contact avec l'acide hydrospiroïlique à une chaleur modérée, 2° en mettant en contact ce même acide aqueux ou pur avec la potasse en dissolution. Le spiroïlure de potassium est assez difficilement soluble dans l'eau. Si l'on évapore lentement la solution aqueuse, on obtient de petits cristaux prismatiques de couleur jaune paille. Exposé quelque temps à l'air il se décompose, en attirant l'humidité et l'acide carbonique de ce dernier, de la même manière que l'hydrospiroïlate d'ammoniaque : en vases secs il se conserve pourtant très-longtemps sans se décomposer : il présente également l'odeur de rose dans sa décomposition; il reste à la fin du carbonate de potasse. Le spiroïlure de potassium est formé de :

1 at. potassium.	39,20	26,87	24,93
1 — spiroïle.	110,56	73,13	75,07
1 — spiroïlure de potassium.	149,76	100,00	100,00

Spiroïlure d'argent. L'oxide d'argent se dissout en partie dans l'acide hydrospiroïlique aqueux. La dissolution a une couleur jaune et une saveur amère métallique; par l'évaporation dans le vide on obtient un résidu brun-noir, qui possède la propriété de prendre feu avec détonation dans la flamme d'une chandelle, en laissant un résidu d'argent métallique. La portion d'oxide non dissoute, qui a également pris une couleur brune-noire, présente la même propriété.

Acide spiroïlique.

Si on traite l'acide hydrospiroïlique par de l'acide nitrique, qui ne soit pas trop concentré, à une chaleur tout à fait modérée, et avec la précaution de ne pas employer l'acide nitrique en excès, l'huile se transforme en une masse cristalline solide, en dégageant des vapeurs nitreuses sans le moindre mélange d'acide carbonique. La substance ainsi obtenue est l'acide spiroïlique. Il est presque inodore : sa saveur n'a d'abord rien de remarquable, mais on éprouve bientôt après une vive cuisson au pharynx et de fortes envies de tousser.

Cet acide est fusible, et présente une grande tendance à cristalliser, surtout lorsque, de l'état de fusion, il repasse à l'état solide : il peut être sublimé en vases clos : toutefois une portion est décomposée en majeure partie dans cette opération, en laissant pour résidu une masse charbonneuse. A l'état anhydre, tel qu'on l'obtient par la fusion, il a une couleur légèrement jaune; mais si on l'expose à l'air; il en attire l'humidité et prend alors une couleur jaune foncée. Il est facilement soluble dans l'alcool et l'éther; mais il ne se dissout qu'en petite quantité dans l'eau. Les dissolutions colorent la peau et les ongles en un jaune qui persiste. Il colore en jaune foncé le papier de tournesol, mais l'on ne peut pas apercevoir de coloration en rouge. Si l'on abandonne à l'évaporation spontanée la dissolution alcoolique d'acide spiroïlique, celui-ci reste en prismes fins, transparens, de couleur jaune d'or.

I. 0,190 d'acide spiroïlique fondu ont donné 0,350 d'acide carb.
= 96,77 carbone
0,190 — — — 0,060 eau
= 6,66 hydrogène
II. 0,243 d'acide spiroïlique fondu ont donné 0,450 acide carbon.
= 124,42 carbone
0,243 — — — 0,075 eau
= 8,33 hydrogène.

Ces proportions donnent pour 100 parties :

	I	II
Carbone.	50,92	51,18
Hydrogène.	3,50	3,43
Oxigène.	45,58	45,39
	100,00	100,00

Si on réduit en atomes, on a :

12 at. carbone	73,56	51,58
5 — hydrogène	5,00	3,50
8 — oxigène	64,00	44,92
1 — acide spiroïliq.	142,56	100,00

Il résulte de ces expériences qu'au moment où 1 atome d'hydrogène de l'acide hydrospiroïlique s'oxide, le radical absorbe encore 4 atomes d'oxigène. L'acide spiroïlique ne renferme ni acide nitreux ni acide nitrique, ainsi qu'aurait pu le faire penser sa propriété de colorer la peau et les ongles en jaune qui persiste : c'est d'ailleurs une propriété qu'il partage avec le spiroïlure de potassium et plusieurs autres spiroïlures métalliques.

Si l'on chauffe très-légèrement l'acide spiroïlique avec du potassium sur du mercure, la flamme la plus vive se produit tout à coup, et les vases sont chaque fois brisés avec une grande force. Dans cette expérience, même avec un excès de potassium, il ne se décompose qu'une partie de l'acide spiroïlique ; il y a séparation d'un charbon spongieux, et il se produit un mélange de spiroïlure de potassium et de spiroïlate de potasse.

Les alcalis purs forment très-facilement avec l'acide spiroïlique des combinaisons jaunes, que l'on obtient en petits cristaux jaunes par l'évaporation de la solution aqueuse. Si l'on a fait dissoudre l'acide spiroïlique dans l'éther, et que l'on agite cette dissolution avec de la potasse ou de la soude dissoute, l'acide est aussitôt enlevé à l'éther. Les sels alcalins de l'acide spiroïlique sont aussi solubles dans l'alcool.

Si l'on sature de l'ammoniaque par de l'acide spiroïlique, on obtient une solution rouge de sang foncée. Cette dernière, évaporée jusqu'à siccité, laisse un résidu jaune qui, broyé avec de la potasse caustique, développe aussitôt une forte odeur ammoniacale. Si l'on expose le spiroïlate d'ammoniaque à une température élevée en vases clos, il se décompose : un peu d'ammoniaque se développe, tandis qu'il passe à la distillation un corps huileux, dont on n'a pu examiner de plus près la nature, en raison de sa trop petite quantité.

La solution aqueuse de spiroïlate de soude donne avec l'acétate de plomb un précipité jaune, et un vert avec les sels de cuivre.

Lorsqu'on chauffe les spiroïlates avec le contact de l'air, ils fulminent vivement, et laissent pour résidu la base pure ou carbonatée, et un charbon fortement décolorant. Si l'on mêle les spiroïlates avec des substances aisément combustibles, comme le soufre, ils détonent par la chaleur.

L'acide nitrique fumant exerce une action très-vive sur l'acide spiroïlique ; mais M. Löwig n'a pas encore pu déterminer d'une manière exacte la nature et la composition du corps qui se produit alors. C'est une substance jaune, d'une saveur amère très-prononcée, colorant en jaune foncé la salive, la peau et les ongles, etc., fusible, susceptible d'être distillée, et qui possède à un haut degré l'odeur de beurre frais. Il ne se forme pas en même temps d'acide oxalique.

Chlorure de spiroïle.

On obtient ce composé en décomposant l'acide hydrospiroïlique par le chlore. Dans un appareil convenable on fait arriver très-lentement, et sans le concours de la chaleur, sur cet acide anhydre, du chlore gazeux parfaitement sec. Il y a aussitôt développement d'acide hydrochlorique : si le dégagement du chlore n'est pas rapide, il ne se produit qu'une faible élévation de température. On continue de faire dégager du chlore jusqu'à ce qu'il ne se montre plus de vapeurs d'acide hydrochlorique. L'acide hydrospiroïlique se transforme complétement en une masse blanche évidemment cristallisée. Mais lorsque l'huile s'est solidifiée, on éloigne l'appareil au chlore, et l'on sublime à une très-douce chaleur le chlorure de spiroïle formé. On obtient alors les plus belles paillettes cristallines, d'un blanc brillant, fusibles à une très-faible chaleur. Si on chauffe fortement le chlorure de spiroïle, la masse fondue prend une teinte foncée, et il reste un très-faible résidu charbonneux. Il ne se forme pas d'autre produit que l'acide hydrochlorique et le chlorure de spiroïle.

Le chlorure de spiroïle pur a une odeur particulière, légèrement aromatique, qui a cependant beaucoup de ressemblance avec celle de l'acide hydrocyanique étendu; son point d'ébullition ne paraît pas supérieur à celui de l'eau ; il est inflammable, et brûle avec une flamme verdâtre fuligineuse.

Il est tout à fait insoluble dans l'eau. Si on le fait bouillir avec ce liquide, il se volatilise complétement ; il ne se forme pas alors la moindre trace d'acide hydrochlorique. Il n'est altéré ni par l'air sec ni par l'air humide.

Le chlorure de spiroïle est très-soluble dans l'éther et l'alcool. La solution alcoolique donne avec l'acétate de cuivre un précipité jaune-vert ; elle précipite en jaune les sels de plomb. L'eau de baryte enlève aussitôt le chlorure de spiroïle à cette même solution, et forme avec ce corps un précipité jaune.

Il donne avec les alcalis des combinaisons jaunes, neutres, peu solubles, celles-ci colorent en bleu-noir les tritosels de fer.

Dans les combinaisons du chlorure de spiroïle avec les oxides métalliques et les alcalis, ce chlorure semble être contenu à cet état; car on l'obtient sans altération en décomposant ces combinaisons par un acide.

Il a donné à l'analyse :

Carbone.	49,83
Hydrogène.	3,35
Oxigène.	23,77
Chlore.	23,05
	100,00

1 atome de chlorure de spiroïle est donc formé de:

12 at. carbone.	73,56	50,38
5 — hydrogène.	5,00	3,42
4 — oxigène.	32,00	19,36
1 — chlore.	35,47	26,84
	146,03	100,00

Brômure de spiroïle.

La manière la plus simple d'obtenir le brômure de spiroïle consiste à verser dans un vase de verre du brôme sur de l'acide hydrospiroïlique. Le développement d'acide hydrobromique commence aussitôt : le mélange s'échauffe sensiblement, et finit par se prendre en une masse solide, cristalline, d'un blanc-gris. Ce composé se forme encore aussitôt par l'agitation de l'acide hydrospiroïlique aqueux avec la solution aqueuse de brôme, et se précipite en flocons blancs au fond du vase : la liqueur qui surnage est incolore et inodore et contient de l'acide hydrobromique. Pour débarrasser le brômure de spiroïle du brôme qui lui est adhérent et de l'acide hydrospiroïlique, on le fait fondre au bain-marie et on le tient en fusion, jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de vapeurs acides.

Les propriétés du brômure de spiroïle sont tout à fait semblables à celles du chlorure : seulement il fond à une température un peu plus élevée que celle-ci, et ses sels alcalins sont moins solubles.

M. Löwig l'a trouvé dans deux analyses formé de :

Carbone.	38,77	37,05
Hydrogène.	2,72	2,55
Oxigène.	18,51	20,40
Brôme.	40,00	40,00
	100,00	100,00

ce qui donne en atomes :

12 at. carbone.	73,56	38,80
5 — hydrogène.	5,00	2,62
4 — oxigène.	32,00	17,10
1 — brôme.	78,39	41,48
1 — brômure de spiroïle:	188,95	100,00

Iodure de spiroïle.

L'acide hydrospiroïlique dissout l'iode en grande quantité, et forme avec ce corps un liquide brun-noir; mais on n'observe pas la production d'acide hydriodique. On obtient l'iodure de spiroïle par la distillation du chlorure ou du brômure de spiroïle avec de l'iodure de potassium. Il se forme déjà un échange des principes constituans, par le mélange de ces substances, et, à l'aide de la chaleur, l'iodure de spiroïle se sublime. Il est solide; il a une couleur brune foncée; il est aisément fusible, et présente en général, sous le rapport de sa solubilité dans l'eau, l'éther et l'alcool, et de sa manière d'être avec les bases salines, les mêmes propriétés que le chlorure et le brômure de spiroïle.

Sur l'apparition de lumière durant la cristallisation; par Henri Rose. (Annalen der physick und chemie, vol. XXXV, cah. 3, pag. 481.) Mémoire lu à l'Académie des Sciences de Berlin, le 30 juillet 1835.

(Traduit par M. Vallet.)

On a très-souvent remarqué une lueur dans la formation des cristaux; mais toujours ce phénomène a été accidentel, et jamais, je crois, on n'a pu le reproduire à volonté; j'ai vu dans la formation des cristaux de l'acide arsénieux une forte lueur, qui diffère de celle qui a lieu dans la cristallisation d'autres substances, en ce qu'on peut la reproduire à volonté en tout temps.

Que l'on prenne deux ou trois drachmes d'acide arsénieux à aspect vitreux; qu'on les arrose dans un matras de verre blanc, avec une once et demie d'acide hydrochlorique non fumant, de force ordinaire, et une demi-once d'eau; que l'on porte le tout à l'ébullition; qu'on fasse bouillir pendant dix minutes ou un quart-d'heure, et qu'on laisse refroidir aussi lentement que possible : la meilleure manière d'opérer ce refroidissement consiste à diminuer très-graduellement la flamme à l'esprit de vin dont on s'est servi pour l'ébullition : si les cristaux commencent à se former en un lieu obscur, cette cristallisation est accompagnée d'une vive lumière, et la formation de chaque petit cristal est marquée par une étincelle. Si l'on agite alors le vase, un très-grand nombre de cristaux se forment tout à coup, et en même temps il se produit autant d'étincelles. Lorsqu'on a traité des quantités notables d'acide arsénieux, comme, par exemple, une once ou une once et demie, ou plus, par une quantité correspondante d'acide hydrochlorique étendu, et que l'on a rencontré le moment convenable, la lumière produite durant l'agitation par les cristaux qui se forment est si forte, qu'une chambre obscure peut en être éclairée.

Ce phénomène dure très-longtemps avant que la dissolution acide de l'acide arsénieux cesse de laisser déposer des cristaux : aussi la dissolution refroidie est encore lumineuse le second et même quelquefois le troisième soir; mais la lueur est extrêmement faible, et n'a lieu que par l'agitation; plus tard, cependant, il n'est pas possible de la reproduire, preuve qu'elle n'est due qu'à la formation des cristaux et non à l'électricité du frottement.

Si on fait refroidir promptement la dissolution chaude de l'acide arsénieux vitreux de manière à obtenir une masse pulvérulente d'acide arsénieux, on ne peut observer qu'une très-faible lueur, ou bien on n'en voit aucune.

Il en est de même si l'on traite l'acide vitreux par l'acide nitrique (de force ordinaire et fumant), et par de l'acide acétique. Mais la seule raison de ce fait, c'est que ces acides dissolvent trop peu d'acide arsénieux, surtout l'acide acétique, de telle sorte que cette dissolution n'est que faiblement colorée en jaunâtre par l'hydrogène sulfuré, sans donner lieu à un précipité de sulfure d'arsenic. L'acide sulfurique étendu dissout au contraire, à l'aide de l'ébullition, un peu plus d'acide arsénieux, et si on laisse refroidir très-lentement la dissolution, on peut en effet observer quelquefois une faible lueur. Si on traite une grande quantité d'acide arsénieux vitreux par une proportion assez faible d'eau régale (qui toutefois doit contenir un excès d'acide hydrochlorique), pour que le premier ne puisse pas être complétement dissous et transformé en acide arsénique, il se manifeste une vive lueur pendant le refroidissement.

La cause de la lueur, dans la formation des cristaux, m'a paru depuis longtemps tenir à ce que la substance qui se sépare d'un liquide, sous forme de cristal lumineux, n'y était pas dissoute à cet état, mais qu'elle ne s'est formée qu'avec le cristal, et que l'apparition de lumière est déterminée par la production de la nouvelle substance sous forme cristalline.

C'est dans la cristallisation du sulfate de potasse qu'on a remarqué le plus souvent la lueur des cristaux, mais toujours accidentellement, et jamais dans la cristallisation du sulfate de potasse pure, mais à ce que je crois, après la dissolution du résidu de la préparation de l'acide nitrique. Celui-ci contient presque toujours du sesquisulfate de potasse, qui se dissout à cet état dans l'eau, mais qui, d'après Phillips, se décompose par la cristallisation en bisulfate et en sulfate neutre de potasse, et ce dernier semble alors devenir lumineux pendant la cristallisation, tandis qu'il se forme dans la liqueur, et qu'il s'en sépare en cristaux.

On connaît, comme on sait, deux états isomériques de l'acide arsénieux. Il est, ou transparent et vitreux, ou porcellané et opaque. Originairement, après la fusion, il est tout à fait transparent, et ce n'est qu'à la longue qu'il devient d'un blanc laiteux et opaque sans éprouver d'augmentation de poids. A ces deux états, l'acide offre une pesanteur spécifique différente, et une différente solubilité dans l'eau.

Je n'ai pu observer la vive lueur dans la cristallisation de l'acide arsénieux qu'en traitant l'acide vitreux de la manière indiquée par l'acide hydrochlorique. Lorsque j'ai traité par ce dernier acide l'acide arsénieux porcellané et l'acide pulvérulent que l'on obtient par la sublimation en calcinant les mines arsénicales, et qui est connu dans le commerce sous le nom de *mort aux rats*, je n'ai pu observer aucune lueur par le refroidissement le plus lent; ou bien l'agitation du matras n'en a produit qu'une très-faible, et cette faible lueur était vraisemblablement due, dans ce dernier cas, à ce que l'acide porcellané contenait encore de l'acide vitreux; mais jamais elle n'était comparable à la vive lueur qui se manifestait lorsqu'on avait employé ce dernier acide. Ainsi la lueur dans la formation des cristaux de l'acide arsénieux, paraît être due à ce que celui-ci, en cristallisant de la dissolution de l'acide vitreux, se change en acide porcellané. Les cristaux formés appartiennent donc à la modification porcellanique, et cette porcellanisation de l'acide vitreux ne consiste en rien autre sinon que l'acide, d'un état complétement amorphe passe à l'état cristallin.

Les cristaux de l'acide arsénieux, lorsqu'ils se déposent d'une dissolution dans l'acide hydrochlorique très-lentement refroidie, sont, il est vrai, transparens; mais ils ne doivent cette transparence qu'à leur volume, et un aggrégat de très-petits cristaux de cet acide aurait un aspect porcellané. Les cristaux formés étaient toujours des octaèdres réguliers, et n'avaient pas la forme observée par Wöhler, qui peut-être est une troisième modification isomérique de l'acide arsénieux.

Si lorsque l'acide vitreux a été traité par l'acide hydrochlorique de la manière décrite plus haut, et dans les proportions indiquées, et qu'après le refroidissement complet les cristaux se sont déposés avec production de lumière, on peut encore une fois produire une lueur, même assez vive parfois, si on chauffe encore une fois le tout jusqu'à l'ébullition, et qu'on laisse refroidir lentement. Mais cette lueur est beaucoup plus faible que la première, et sa production n'est due qu'à ce que la dissolution dans l'acide hydrochlorique contenait encore de l'acide vitreux, qui, par sa cristallisation, a donné lieu à la lueur plus faible. Du reste, la quantité d'acide hydrochlorique étendu dans la proportion indiquée plus haut n'est pas capable de dissoudre tout l'acide arsénieux, et il reste une petite partie de cet acide à l'état vitreux.

D'ailleurs, la cause d'une formation nouvelle n'explique pas toutes les apparitions de lumière que l'on a observées jusqu'à ce jour, et moi-même je regarde cette explication comme une hypothèse, qui a encore besoin de faits mieux observés pour qu'on puisse la regarder comme vraisemblable. C'est ainsi que Berzélius a remarqué une apparition de lumière pendant la cristallisation du fluorure de sodium dans une liqueur qui contenait déjà ce sel à l'état de dissolution.

De la décomposition des sulfates de fer et de cuivre, au moyen de l'acide oxalique; par M. Vogel de Munich.

Lorqu'on verse dans une dissolution de sulfate de fer vert une dissolution concentrée d'acide oxalique, le liquide incolore du sel ferrugineux prend une couleur jaune, sans qu'il se forme de suite un précipité; ce n'est

qu'au bout de quelque temps que la liqueur se trouble et laisse déposer un précipité jaune.

Ce changement n'a pas lieu avec une dissolution de sulfate de fer rouge quand on y ajoute de l'acide oxalique, et en général, aucun sel ferrugineux, parfaitement libre de protoxide de fer, n'est troublé, ni par l'acide oxalique, ni par l'oxalate d'ammoniaque.

Comme M. A. Rose avait déjà entrevu ces phénomènes, il m'a paru du moins encore de quelque intérêt de savoir si la décomposition de ces sels métalliques par l'acide oxalique était totale ou partielle.

A cet effet, j'ajoutai à une dissolution de sulfate de fer vert de l'acide oxalique, jusqu'à ce qu'il ne se formât plus de précipité au bout de quelque temps. La liqueur décantée a été évaporée dans une capsule de porcelaine; il s'est déposé pendant l'évaporation, à plusieurs reprises, une poudre jaune d'oxalate de fer, qui en fut séparée. Évaporé jusqu'à la consistance syrupeuse, ce liquide attirait l'humidité de l'air, et, après en avoir séparé le dernier dépôt, il était incolore. Chauffé jusqu'à l'ébullition dans un creuset de platine, il s'en volatilisait de l'acide sulfurique libre en vapeurs blanches, et lorsque la température fut portée au rouge, il ne restait dans le creuset qu'une faible trace d'oxide rouge de fer. Il résulte de là qu'il y avait dans ce liquide concentré de l'acide sulfurique libre, contenant une très-petite quantité d'oxalate de fer. La dissolution de sulfate de fer rouge, dans laquelle l'acide oxalique ne produisit pas de précipité, contenait aussi, après y avoir ajouté de l'acide oxalique, une quantité considérable d'acide sulfurique en état de liberté, dont on pouvait s'assurer facilement en évaporant la dissolution, et si l'acide sulfurique n'est pas séparé en totalité de l'oxide rouge de fer, une grande quantité en était du moins mise à nu.

Le précipité qui s'était formé dans la dissolution de sulfate de fer vert au moyen de l'acide oxalique, fut lavé avec une quantité d'eau suffisante, jusqu'à ce que celle-ci ne troubla plus le nitrate de baryte. Étant desséché, il présente une poudre fine d'un jaune clair, dont l'eau froide dissout à peine une trace appréciable, et même la solubilité de cette poudre dans l'eau bouillante est très-peu considérable.

L'acide sulfurique concentré ne décompose pas la poudre à la température ordinaire, et ne lui fait éprouver aucun changement; mais dans l'acide sulfurique étendu d'eau, la poudre se dissout à l'aide de la chaleur, sans être décomposée; par l'évaporation on peut l'en séparer avec sa couleur jaune primitive. L'acide hydrochlorique concentré dissout la poudre, sans qu'il soit nécessaire d'en élever la température. Il n'y a pas de sous-sulfate de fer dans la poudre jaune, car sa dissolution dans l'acide hydrochlorique n'est pas troublée par le chlorure de baryum. Une dissolution concentrée d'acide oxalique à froid, et même portée à l'ébullition, dissout à peine quelques traces de la poudre.

La poudre jaune, desséchée à la température de l'eau bouillante, a été chauffée au rouge dans une cornue de verre; il se dégagea du gaz acide carbonique, et il passa dans le récipient quelques gouttes d'un liquide inodore, insipide et sans couleur, qui se comportait comme de l'eau. Le résidu dans la cornue consistait en lames noires, d'un éclat métallique. L'aimant attirait du résidu, dont une partie avait été mise en poudre, du protoxide de fer, et ce qui n'en fut pas attiré se comportait comme du carbure de fer; l'acide hydrochlorique en dissout du fer et laisse du charbon pour résidu.

La poudre jaune, arrosée d'une dissolution froide de sous-carbonate de potasse, prend de suite une couleur verte; après avoir été mise en ébullition, la poudre verte en fut séparée par le filtre; suffisamment lavée, elle se dissout avec effervescence dans l'acide hydrochlorique, et se comporte comme un oxide oxidulé de fer. Le liquide filtré, et neutralisé par l'acide nitrique, donne avec l'eau de chaux un précipité blanc considérable; il s'était donc formé ici de l'oxalate de potasse et du carbonate d'oxidule et d'oxide de fer. Le phosphate de soude, dont la solution fut chauffée avec la poudre jaune, la convertit également en une poudre verdâtre, consistant en phosphate d'oxidule et d'oxide de fer.

Acide oxalique et sulfate de cuivre.

Si un laps de temps est nécessaire pour que le sulfate de fer vert soit troublé par l'acide oxalique, il n'en est pas de même avec le sulfate de cuivre; car l'acide oxalique forme de suite un précipité considérable dans la dissolution du sel cuivreux.

Le liquide, décanté du précipité et évaporé à la consistance syrupeuse, se comportait comme de l'acide sulfurique concentré, il se volatilisait en totalité, sans laisser des traces de cuivre. Le précipité, formé dans une dissolution de sulfate de cuivre par l'acide oxalique, fut lavé avec une suffisante quantité d'eau pour le débarrasser de l'acide sulfurique, et fut desséché ensuite à la température de l'eau bouillante. Il présentait une poudre d'un bleu clair, insoluble dans l'eau froide et presque insoluble dans l'eau bouillante; de même cette poudre est à peine soluble dans une dissolution bouillante d'acide oxalique. Arrosée d'acide sulfurique concentré, elle ne perd rien de sa couleur bleue. Elle se dissout, à l'aide de la chaleur, dans l'acide hydrochlorique concentré, et donne une dissolution verdâtre, dans laquelle il n'y a pas d'acide sulfurique.

Agitée avec une dissolution de sous-carbonate de potasse, la poudre prend une couleur bleu d'azur, qui se comporte comme du carbonate de cuivre, et dans la liqueur se trouvait de l'oxalate de potasse.

La poudre chauffée dans une cornue perd sa couleur bleue claire sans se fondre. Portée à la chaleur rouge, il se dégage du gaz acide carbonique, et le résidu dans la cornue consiste en cuivre métallique mêlé d'une petite quantité de protoxide de cuivre, qui peut en être enlevé par l'acide hydrochlorique.

Résumé.

Il résulte des expériences énoncées :

1° Que le puissant acide oxalique, capable de décomposer le gypse, ce qu'on attribue à son affinité pour la chaux, a aussi la propriété de décomposer les sulfates de fer et de cuivre, et de mettre tout l'acide sulfurique à nu, et d'avoir par conséquent une plus grande affinité pour les oxides de fer et de cuivre que n'en a l'acide sulfurique lui-même.

2° Qu'il est probable que l'acide oxalique opère aussi la décomposition complète des sulfates, qui ont pour bases les oxides de zinc, de manganèse, de cadmium, etc., dont les dissolutions sont précipitées, d'après l'observation de M. A. Rose, par l'acide oxalique.

3° Que l'oxalate d'oxide et d'oxidule de fer est une poudre jaune, presque insoluble dans l'eau, qui chauffée au rouge dans un vase fermé, laisse pour résidu du protoxide et du carbure de fer.

4° Que l'oxalate de cuivre est une poudre d'un bleu clair, insoluble dans l'eau, qui chauffée au rouge, laisse un résidu de cuivre métallique mêlé de protoxide de cuivre.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau Traité de Pharmacie théorique et pratique, par L. Soubeiran, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, professeur à l'école spéciale de pharmacie, membre de l'Académie royale de médecine, de la Société philomatique, de la Société de Pharmacie, etc., etc.

Le traité dont nous avons à rendre compte est du petit nombre des ouvrages remarquables qui ont paru depuis Beaumé; c'est à la fois un livre d'étude et un guide pratique, qui, vu son importance, mériterait un examen plus approfondi que ne le comporte l'étendue de notre journal.

L'auteur, successeur à la pharmacie centrale de M. Henry, de regrettable mémoire, avait déjà donné une idée avantageuse de son talent, dans l'ouvrage qu'il publia en 1827, sous le titre de Manuel de Pharmacie, bonne esquisse, à laquelle il ne manquait que plus de développement pour avoir toutes les qualités d'un tableau de maître. La nouvelle position de M. Soubeiran, dix années de pratique et autant de professorat, lui ont fourni les moyens de réaliser ces conditions. Durant cette période il a pu tenter par lui-même de nouveaux essais, vérifier sur une grande échelle les améliorations proposées, et juger enfin dans le cours de son enseignement quelle méthode était la plus propre à inculquer dans l'esprit des élèves les élémens de la science, et à les initier ensuite à la pratique des opérations.

Dans un traité de pharmacie purement pratique, peu importe qu'on adopte telle ou telle classification, pourvu qu'une bonne table de matières indique exactement le sujet que l'on désire consulter; mais dans un livre qui est en même temps destiné à l'étude, la classification a une toute autre importance; les matières doivent y être, autant que possible, disposées, coordonnées de telle sorte, que l'intelligence puisse facilement en saisir les rapports. La réalisation d'un pareil plan pour un ouvrage de pharmacie, quelque soin qu'on y apporte, laissera toujours quelque chose à désirer; il est impossible qu'il en soit autrement, si l'on considère surtout que plusieurs médicamens composés dont les élémens sont variables à l'infini, ne peuvent être admis dans aucune classification régulière.

M. Soubeiran ne s'est pas dissimulé cette difficulté; aussi, dans celle qu'il a adoptée, et dont nous allons présenter un exposé sommaire, a-t-il formé un ordre de médicamens composés anomaux.

L'ouvrage de notre confrère est divisé en quatre parties; dans la première il étudie les formes générales sous lesquelles on emploie les médicamens et les moyens généraux de les obtenir, susceptibles d'être appliqués à presque toutes les matières médicamenteuses. Procédant du simple au composé, il s'occupe d'abord des diverses préparations pharmaceutiques que l'on peut obtenir sans l'intermédiaire d'aucun corps nouveau, et pour lesquelles l'emploi des agens mécaniques est suffisant.

Dans le premier groupe se trouvent réunis les poudres, les pulpes, les sucs, les fécules.

Le second groupe se compose des préparations pharmaceutiques qui exigent l'intervention d'un véhicule, et que l'auteur a réparties sous différens titres : solution par l'eau, solution par l'alcool, par le vin, par la bière, par l'éther, par les corps gras, par les huiles essentielles.

Le troisième groupe, qui a pour titre : *médicamens préparés par distillation*, comprend les eaux distillées, les huiles essentielles, les alcoolats.

En quatrième ordre viennent les extraits, divisés par rapport à leur mode de préparation, en sept classes, 1° les extraits préparés avec les sucs des végétaux; 2° les extraits dont le véhicule d'extraction est l'eau; 3° les extraits préparés avec le suc; 4° avec le vinaigre; 5° avec l'alcool; 6° avec l'éther; 7° avec les matières animales.

Dans le cinquième ordre se présente la grande série des médicamens qui contiennent le sucre comme principe essentiel, auxquels M. Chereau a donné le nom de saccharolés. Ce sont les sirops, les mellites, les conserves, les gelées, les pâtes, les elæosaccharum, les saccharures, les tablettes, les pastilles.

Dans le sixième ordre l'auteur a rapproché, sous le titre de médicamens anomaux, ceux qui, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, se refusent à toute classification méthodique. Ce sont les espèces, les poudres composées, les pilules et les bols, les électuaires, les potions. La plupart de ces médicamens sont magistraux, et par cela même livrés à toutes les modifications que l'indication thérapeutique ou la volonté des médecins peut leur faire éprouver.

Le septième ordre est formé des médicamens composés, destinés toujours à l'usage externe, et qui ont pour base une ou plusieurs matières grasses, une ou plusieurs matières résineuses. Tels sont les cérats, les

pommades, les onguents, les emplâtres, les sparadraps, etc.

Le huitième ordre se compose de la réunion des diverses préparations qui sont caractérisées par leur mode d'emploi médical plutôt que par leur composition. Là, sous les mêmes noms, dit M. Soubeiran, se trouvent souvent agglomérées les substances les plus diverses. C'est ainsi que, sous le nom de collyres, sont désignés des poudres, des mélanges mous, des expansions de gaz ou de vapeurs; sous celui de liniment des liqueures huileuses alcooliques ou éthérées. C'est encore dans ce groupe que se trouvent les gargarismes, les injections, les fumigations, les bains, etc.

La seconde partie de l'ouvrage a pour titre : *des médicamens fournis par les végétaux.*

Dans cette partie l'auteur n'a traité que des matières qui sont réellement du domaine de la matière médicale, sans s'astreindre à décrire pour chacune d'elles toutes les formes pharmaceutiques qu'elle peut revêtir, se bornant à celles qui sont ordinairement employées. Il a distribué les végétaux par famille naturelle. Cette classification, que nous trouvons déjà adoptée par quelques pharmacologistes anglais, a présenté à M. Soubeiran un grand avantage, dans l'intention où il était de faire en même temps de son traité un livre d'étude et de pratique.

L'histoire de chaque substance végétale se compose de son nom vulgaire, du nom botanique de la plante qui la fournit; puis vient l'exposé des recherches chimiques auxquelles elle a été soumise, chacune des préparations pharmaceutiques dont une matière végétale est la base, devient l'objet d'une formule spéciale, laquelle est suivie de quelques détails sur le *modus faciendi.* Nous ne pouvons qu'approuver ce mode d'étude, qui nous paraît devoir être profitable à l'élève comme au praticien. Le lecteur en appréciera toute l'importance en consultant entre autres dans l'ouvrage l'article des papavéracées, qui, dans un espace assez resserré, offre une très-bonne monographie *pharmaceuto-chimique* du pavot et de ses préparations.

La troisième partie du traité de M. Soubeiran a pour objet les matières animales pour lesquelles il a suivi la classification des zoologistes, mais à raison du petit nombre d'animaux, ou de produits fournis par les animaux qui sont usités en médecine, il avoue n'avoir retiré que peu d'avantage de cette classification. L'histoire particulière de chaque matière animale a d'ailleurs été calquée sur celle des plantes et de leurs produits.

La quatrième partie comprend l'histoire de tous les médicamens qui sont plus spécialement chimiques; elle se compose de l'examen des substances chimiques minérales, de celui des produits d'origine organique, qui sont des résultats de décomposition, et de l'étude des préparations plus pharmaceutiques auxquelles toutes ces matières servent de base.

Dans un premier groupe, l'auteur a réuni toutes les substances acides, qui doivent à leur acidité leurs propriétés médicales, assez indépendamment de leur composition, au moins lorsqu'on les emploie convenablement étendues d'eau. Elles forment trois sections, les acides oxigénés, les hydracides, et les acides d'origine organique.

Le second groupe se compose des matières alcalines, savoir : des oxides alcalins, de l'ammoniaque, et des composés, dans lesquels ces corps conservent un caractère d'alcalinité, comme les carbonates.

Les autres préparations minérales forment deux ordres bien distincts, ceux où la base du médicament, le corps, qui communique au composé chimique ses propriétés médicales, est le principe électro négatif dans les combinaisons, puis ceux où, au contraire, cette base médicale est également la base chimique, et remplit dans les combinaisons les fonctions électro positives.

Dans le premier ordre se trouvent, le chlore, le brôme, l'iode, le soufre, le cyanogène, l'arsenic, etc.

Dans le second, le potassium, le sodium, le barium, le fer, le plomb, le cuivre, l'argent, l'or, l'antimoine, etc. Chacun de ces corps devient l'objet d'une étude spéciale, qui se compose de son histoire propre et de celle de ses combinaisons, qui sont employées en médecine.

L'auteur a traité dans quelques autres chapitres de l'histoire des composés d'origine organique, qui n'avaient pu trouver place dans l'histoire spéciale des plantes ou des animaux, parce qu'ils sont des produits de laboratoire, résultant de réactions chimiques, qui dénaturent complétement le corps d'où ils proviennent. Ainsi, il a consacré un chapitre à l'histoire des éthers, un autre à celle des savons, un troisième aux produits chimiques et pharmaceutiques, qui résultent de la distillation sèche des matières organiques.

L'ouvrage est terminé par un article étendu et très-bien fait sur la fabrication des eaux minérales; puis viennent, sous le titre d'additions et corrections, 1° une note additionnelle à la lixivation, dans laquelle par suite de nouvelles expériences qu'il a faites par la méthode de déplacement, M. Soubeiran modifie quelques opinions émises sur le même sujet, dans le tome premier de son traité; 2° une note de M. Berthemot, sur l'aconitine; 3° enfin, l'extrait d'un nouveau procédé de M. Gay-Lussac, relatif aux essais chlorométriques, comprenant la description et la figure des instrumens nécessaires pour mettre ce procédé en pratique.

Tout en ayant emprunté le plus souvent dans cet exposé les propres expressions de l'auteur, obligés de nous renfermer dans certaines limites, nous craignons de n'avoir donné qu'une idée incomplète du vaste plan qu'il a suivi. Toutefois, nous croyons n'avoir rien omis d'essentiel.

Une lecture attentive de l'ouvrage nous a prouvé que l'exécution, dans son ensemble, répondait pleinement au programme; partout l'auteur se montre au niveau de son sujet; il sait donner de l'intérêt aux matières qui en paraissent le moins susceptibles. Soit qu'il adopte ou qu'il rejette une théorie, un nouveau procédé, une amélioration, il discute les motifs qui le déterminent, et presque toujours ses argumens nous ont paru con-

chans. Nous disons presque toujours, parce qu'il y a bien aussi çà et là quelques lacunes, quelques assertions hasardées ou inexactes, que nous allons signaler, afin qu'on n'attache pas à notre exception plus d'importance qu'elle n'en mérite.

Tome Ier, page 299. M. Soubeiran, traitant des règles générales à suivre dans la préparation des pilules, nous dit, après avoir indiqué dans quel ordre doivent être ajoutés aux extraits les baumes, les résines, les savons, les poudres, qu'il faut *piler pendant longtemps la masse* pour en bien unir toutes les parties, et que lorsque en examinant son intérieur, on voit qu'il est homogène, l'opération est terminée.

Tout cela est sans doute rationnel dans le plus grand nombre de cas; mais lorsqu'on vient à appliquer cette règle à la préparation des pilules d'Hannemann, par exemple, c'est-à-dire que si l'on pile pendant longtemps la masse composée d'extrait de réglisse et de mercure *soluble*, on voit le métal se réunir en globules; d'où il suit, ainsi que nous l'avons établi ailleurs (1), que la percussion doit être exclue de cette préparation, et qu'il faut se contenter de malaxer la poudre mercurielle avec l'extrait préalablement ramolli, s'il est trop ferme, ou rapproché, s'il est trop mou.

Nous avons pris pour exemple les pilules d'Hannemann, parce que la formule qu'en donne M. Soubeiran, tome IIe, page 554, se termine sans *modus faciendi;* mais le rejet absolu de la percussion ne se rapporte pas seulement à cette formule, il s'étend encore à toutes les masses pilulaires, où l'on fait entrer le mercure simplement divisé, à l'état de protoxide, ou même à l'état de sulfure noir.

Nous lisons, tome Ier, page 306, au chapitre des potions, que lorsqu'au nombre de leurs composans se trouvent des corps volatils, il faut avoir soin de ne les ajouter qu'en dernier lieu, afin d'éviter autant que possible leur déperdition. A ce précepte très-sage, en thèse générale, nous aurons encore à opposer une exception.

Supposons qu'on ait à préparer une potion composée d'une once de sirop, de deux onces d'eau distillée et d'un demi-gros à un gros de teinture éthérée de digitale ou de ciguë, si l'on ajoute la teinture en dernier lieu, on verra l'éther s'unir à l'eau par l'agitation, et la matière verte apparaître à la surface du mélange. Un phénomène analogue s'observe dans les potions avec l'éther phosphoré surtout, lorsque l'eau distillée par rapport au sirop prédomine au-delà de certaines proportions. Il y a plus de trente ans que l'un des rédacteurs actuels de ce journal a signalé cet inconvénient, et indiqué le moyen de le prévenir, dans un mémoire sur l'éther phosphoré, inséré dans le vingt-cinquième volume du Journal général de médecine. Nous pensons que M. Soubeiran, qui dans ces derniers temps a fait la même remarque et a conseillé un moyen semblable dans son article phosphore, aurait dû appliquer le même principe aux teintures éthérées en général.

A la page 200 du même volume, M. Soubeiran définit le sagou, une fécule que l'on a chauffée, et qui est composée de grains entiers, mêlée de grains *qui ont laissé exsuder leur matière gommeuse. Celle-ci sert de lien à la masse, et elle peut-être dissoute par l'action de l'eau froide.* Nous sommes fondés à croire, d'après nos propres expériences, que M. Soubeiran est dans l'erreur, du moins à l'égard de l'ancien sagou coloré, connu autrefois sous le nom de *sagou des Moluques.* Celui-ci est si peu soluble dans l'eau froide, qu'après plusieurs jours de macération, à une température de 10°, huit onces de ce même sagou entier n'avaient cédé à l'eau que quelques grains de matière soluble obtenue par l'évaporation du liquide, et composée en grande partie d'un hydrochlorate mêlé à une matière extractiforme, indiquant à peine des traces d'amidon.

Même volume, page 450, article phosphate de chaux, M. Soubeiran avance, à l'occasion de ce sel basique, que les os calcinés entrent dans la décoction blanche de Sydenham et que pour ce seul usage on en consomme de très-grandes quantités. Il se peut qu'il en soit ainsi dans les hôpitaux, où l'on vise en général à l'économie; mais nous aimons à croire que dans la pharmacie civile on ne se permet pas cette substitution, malgré l'identité apparente de composition qui semblerait l'autoriser; il n'y a pas identité complète, et cela seul doit suffire pour ne pas retrancher la corne de cerf de la décoction blanche, dont la formule a déjà été si souvent mutilée sans nécessité. Au reste, si l'on voulait juger ici M. Soubeiran sur la question intentionnelle, il y aurait en sa faveur des circonstances atténuantes, car dans la formule de la décoction blanche de Sydenham, insérée au premier volume, la corne de cerf calcinée figurant en première ligne, on peut croire que l'auteur a écrit son article phosphate de chaux sous l'empire d'une préoccupation toute chimique, qui a pu lui faire oublier pour un moment qu'avant tout, il était pharmacien. Quoi qu'il en soit de nos remarques critiques, elles ne sauraient atténuer le mérite d'un ouvrage qui doit faire époque en pharmacologie, où les étudians puiseront une instruction solide, et que tous les praticiens, amis de leur art, placeront honorablement dans leur bibliothèque à côté de la Pharmacopée de MM. Henry et Guibourt.

Indocti discant et ament meminisse periti!

L.-A. P.

(1) Voyez les mémoires de l'Académie royale de médecine, t. III, pag. 14.

ANNALES

DE

CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

FÉVRIER 1836.

Sur l'acide naphtalique et ses combinaisons ; par M. Aug. Laurent.

Préparation de l'acide naphtalique.

On introduit dans une cornue de l'hydrochlorate de chloronaphtalèse, et on y verse 4 à 5 fois son poids d'acide nitrique ordinaire; on porte le tout à l'ébullition, il se dégage des vapeurs nitreuses. La réaction est très-lente : elle exige au moins une journée en opérant sur 15 à 20 grammes. On évapore la dissolution jusqu'à siccité afin de chasser la plus grande partie de l'acide nitrique. On obtient une masse cristalline, confuse, plus ou moins colorée en jaune.

On verse ensuite dans la cornue une assez grande quantité d'eau, et on fait bouillir jusqu'à ce que la majeure partie du résidu soit dissoute. Il reste ordinairement une petite quantité d'une matière brune qui peut être mêlée avec un peu d'hydrochlorate de chloronaphtalès non attaqué ; on filtre la dissolution bouillante. Par le refroidissement, elle laisse déposer des lamelles nacrées, qui se réunissent ordinairement en groupes concentriques et arrondis.

On décante l'eau-mère, on l'évapore, et par le refroidissement, on obtient de nouveaux cristaux. On peut mêler les dernières eaux-mères avec le résidu insoluble, traiter par l'acide nitrique bouillant, et obtenir encore quelques cristaux.

L'acide naphtalique ainsi obtenu est un peu coloré en rouge jaunâtre ; pour le purifier il faut le dissoudre de nouveau et faire cristalliser ou bien le sublimer. Pour cela on met l'acide dans une capsule de porcelaine, on recouvre celle-ci avec une capsule en verre dans laquelle on verse de l'eau froide ; on chauffe légèrement la capsule inférieure, l'acide se volatilise et vient cristalliser après la capsule supérieure sous la forme de belles aiguilles blanches éclatantes ; mais comme celles-ci retombent sans cesse dans la capsule inférieure, il faut les retirer de temps en temps. Cette opération est longue ;il vaudrait peut-être mieux distiller l'acide dans une cornue.

Acide naphtalique sublimé.

Cet acide est blanc, éclatant, et se présente sous la forme de longues aiguilles semblables à des barbes de plume ; ce sont des prismes à quatre pans, dont la section est un rhombe ou un parallélogramme obliquangle. Il ressemble beaucoup à l'acide benzoïque, dont il est difficile de le distinguer sans le faire entrer dans quelques combinaisons. Chauffé, il entre en fusion à la température de 105°. Par le refroidissement, il se prend en une masse fibreuse ; chauffé plus fortement, il se volatilise sans se décomposer en répandant des fumées blanches légèrement piquantes ; si on en approche un corps en combustion, elles s'enflamment, et l'acide continue à brûler avec une flamme blanche fuligineuse.

Il est inaltérable à l'air ; conservé dans des flacons bouchés, il se volatilise un peu, car les parois de ceux-ci se recouvrent, au bout de quelques mois, d'une légère poudre cristalline. Il est inodore ; il possède une saveur très-faible qui n'a rien de désagréable.

Sec, il n'altère pas le papier de tournesol ; humide, il le rougit fortement.

Il est excessivement peu soluble dans l'eau froide ; assez dans l'eau bouillante.

L'alcool et l'éther le dissolvent facilement.

Le chlore ne l'attaque pas.

Les acides hydrochlorique, nitrique et sulfurique bouillans le dissolvent, mais sans l'altérer.

Soumis à l'analyse, il m'a donné les résultats suivans :

0,400 d'acide.			
0,936 d'acide carbonique renferm.		carbone	0,25881
0,086 d'eau »		hydrogène	0,00954
		oxigène.	0,13165
			0,40000

		Calculé.	Trouvé.
C^{20}	765,37	64,26	64,70
H^{4}	24,94	2,10	2,38
O^{4}	400,00	33,64	32,92
	1189,31	100,00	100,00

Cet acide est anhydre.

Acide naphtalique hydraté.

Cet acide s'obtient en faisant évaporer une dissolution aqueuse d'acide naphtalique.

A l'analyse, il m'a donné sur :

0,500 d'acide.			
1,070 d'acide carbonique renferm.		carbone	0,29586
0,140 d'eau »		hydrogène	0,01554
		oxigène	0,18860

		Calculé.	Trouvé.
C^{20}	764,37	58,72	59,172
H^{6}	37,43	2,87	3,108
O^{5}	500,00	38,41	37,720
	1301,80	100,00	100,000

C'est-à-dire un atome d'acide anhydre et deux atomes d'eau, ou $C^{20}\ H^{4}\ O^{4} + H^{2}\ O$.

Naphtalates.

Les naphtalates alcalins sont très-solubles dans l'eau, un peu moins dans l'alcool ; les alcalins terreux sont peu solubles. Ceux de plomb et d'argent sont insolubles, cependant l'eau de lavage est troublée par les acides sulfurique et hydrochlorique.

La plupart possèdent la propriété singulière, lorsqu'on les chauffe, de s'alonger extraordinairement sous la forme d'un ver noir ; il se dégage en même temps une matière cristalline particulière. S'ils sont solubles et en dissolution, même peu concentrée, on peut les reconnaître en y versant de l'acide hydrochlorique ou nitrique : il se forme un précipité blanc, cristallisé en aiguilles, d'acide naphtalique.

S'ils sont insolubles, on les chauffe dans un tube avec quelques gouttes d'acide sulfurique concentré ; il se sublime des aiguilles d'acide naphtalique. Comme celui-ci ressemble beaucoup à l'acide benzoïque, on peut l'en distinguer très-facilement en le combinant avec l'ammoniaque, avec lequel il forme un sel doué de propriétés particulières et très-caractéristiques.

On les prépare soit directement, soit par double décomposition.

Naphtalate de potasse.

Ce sel est excessivement soluble dans l'eau. Il est difficile de l'obtenir cristallisé ; il faut évaporer la dissolution jusqu'à siccité, y verser de l'éther ; il reste sous la forme de paillettes nacrées.

Desséché, il renferme une proportion d'acide et une proportion de base, ou $C^{20}\ H^{4}\ O^{4} + O\ K$.

Naphtalate de soude.

Ce sel est très-soluble dans l'eau. Sa dissolution, abandonnée à une évaporation spontanée, se recouvre d'une croûte cristalline, qui empêche le reste de la dissolution de s'évaporer.

Dissous dans l'alcool bouillant, il cristallise en paillettes par le refroidissement.

Il renferme une proportion d'acide et une de base.

Naphtalate de barium.

On obtient ce sel en versant une dissolution neutre et concentrée de naphtalate d'ammoniaque dans une dissolution également concentrée de chlorure de barium. Il se précipite au bout de quelques instans sous la forme de paillettes blanches, solubles dans un excès d'eau.

Naphtalate de chaux.

Semblable à celui de barium.

Le sulfate de magnésie n'est pas précipité par le naphtalate d'ammoniaque.

Naphtalate de zinc.

Ce sel est peu soluble dans l'eau. A mesure qu'on évapore sa dissolution, il se dépose sous la forme d'une poudre cristalline. Chauffé, il se décompose en s'alongeant et laisse en même temps dégager une huile qui cristallise par le refroidissement. On le prépare avec l'acide naphtalique et le carbonate de zinc.

Naphtalate de plomb.

En versant une dissolution bouillante d'un sel de plomb dans une dissolution également bouillante et assez étendue de naphtalate d'ammoniaque, on obtient un beau précipité cristallisé en paillettes d'un blanc d'argent.

Il renferme une proportion d'acide et une de base.

Naphtalate d'argent.

On prépare ce sel en versant deux dissolutions bouillantes de naphtalate d'ammoniaque et de nitrate d'argent l'une dans l'autre ; il se précipite sous la forme de paillettes blanches éclatantes.

J'ai essayé deux fois de le chauffer dans une capsule de porcelaine, et les deux fois il s'est décomposé avec rapidité et en s'alongeant en tous sens sous la forme d'un ver blanc et en débordant la capsule, de sorte que je n'ai pu prendre exactement par ce moyen le poids atomique de l'acide naphtalique.

Naphtalate 3/4 d'ammoniaque.

Lorsqu'on abandonne à l'évaporation spontanée une dissolution neutre et même alcaline de naphtalate d'ammoniaque, la base se dégage peu à peu, et on obtient toujours un sel acide, remarquable par la beauté de sa cristallisation. Il dérive d'un prisme droit à base rhomboïdale ; il possède un clivage parfait parallèlement à ses bases. On peut, à l'aide d'un canif, en détacher des lames aussi minces qu'avec le sulfate de chaux. On le rencontre tantôt sous la forme de lames hexagonales, tantôt sous celle de prismes plats, dont les arêtes des bases sont remplacées par des troncatures qui font disparaître les pans du prisme. Il se présente d'autres fois sous la forme d'octaèdres parfaits dont les trois bases sont rhomboïdales.

Il est inaltérable à l'air ; il rougit fortement le tournesol. Chauffé dans un tube, il entre en fusion, puis il se décompose sans laisser de résidu ; il se convertit entièrement en eau, en ammoniaque et en une nouvelle

amide qui se sublime en donnant des lamelles blanches.

Ce sel soumis à l'analyse m'a donné sur :

I. 0,400			
0,754 d'ac. carbon. renferm.		carbone.	0,20845
0,176 d'eau	»	hydrogène.	0,01953
		oxig. et azote.	0,17202
			0,40000
II. 0,500			
0,925 d'ac. carbon. renferm.		carbone.	0,25577
0,223 d'eau	»	hydrogène.	0,02475
		oxig. et azote.	0,21948
			0,50000

0,315 de naphtalate d'ammoniaque brûlés avec l'oxide de cuivre, m'ont donné 25 centimètres cubes de gaz azote, à la température de 20° et sous la pression de 0m,753. Ce qui correspond à 22cc, 5 à 0° et 0m,760, et à 0g,0285 d'azote, ou enfin à 9,06 pour cent.

	Calculé.	II.	I.	Trouvé.
C^{40}.	1528,74	52,20	52,11	51,16
H^{21}.	131,04	4,48	4,88	4,95
O^{10}.	1000,00	34,30	33,95	34,33
Az^{3}.	265,53	9,03	9,06	9,06
	2925,31	100,00	100,00	100,00

Ce qui conduit à la formule :

$$2\ C^{20}\ H^{4}\ O^{4} + 3/2\ H_{6}\ Az^{2} + 2\ H^{2}\ O.$$

ou :

$$4\ (C^{20}\ H^{4}\ O^{4}) + 3\ H_{6}\ Az^{2} + 4\ H^{2}\ O.$$

Elle représente du naphtalate neutre d'ammoniaque qui aurait perdu le quart de sa base. Ce mode de division pourrait s'expliquer en considérant qu'il correspond au quart de l'oxigène de l'acide.

Naphtalimide.

On la prépare en chauffant dans une cornue du naphtalate d'ammoniaque ; il se dégage de l'eau et de l'ammoniaque, il se sublime de la naphtalimide, et il ne reste rien dans le fond de la cornue.

Cette substance est incolore, inodore, insipide ; chauffée, elle entre en fusion ; par le refroidissement elle se solidifie en une masse fibreuse. Chauffée plus fortement elle entre en ébullition en répandant des vapeurs qui se condensent sous la forme de lamelles cristallines très-légères ; elle est presque insoluble dans l'eau froide ; l'eau bouillante en dissout un peu ; par le refroidissement, elle cristallise sous la forme d'aiguilles très-fines et soyeuses.

Les acides faibles et étendus paraissent sans action sur elle. Le chlore ne l'attaque pas. L'acide sulfurique concentré la dissout à l'aide de la chaleur ; si on étend la dissolution avec un peu d'eau, et si on laisse refroidir, il se dépose des cristaux d'acide naphtalique hydraté.

La potasse en dissolution très-concentrée dans l'alcool, en dégage de l'ammoniaque à l'aide de l'ébullition ; si on sature ensuite la potasse avec de l'acide sulfurique, et si on évapore à sec, il se sublime de l'acide naphtalique.

La naphtalimide soumise à l'analyse m'a donné sur :

I. 0gr,400			
0 ,933 d'ac. carboniq. renferm.		carbone.	0,2580
0 ,120 d'eau	»	hydrogène.	0,0135
II. 0,400			
0,935 d'ac. carbonique renferm.		carbone.	0,2585
0,100 d'eau	»	hydrogène.	0,0111
III. 0,0400			
0,938 d'ac. carbonique renferm.		carbone.	0,2593
0,115	»	hydrogène.	0,0127

La troisième analyse a été faite avec de la naphtalimide cristallisée dans l'eau, présumant qu'elle était hydratée.

Pour déterminer l'azote, je me suis servi de mes instrumens, qui sont trop imparfaits pour que je puisse entièrement compter sur les résultats qu'ils m'ont donnés ; tandis que pour analyser la naphtalate d'ammoniaque, je me suis servi de ceux de M. Dumas, qui a bien voulu les mettre à ma disposition.

Deux analyses m'ont donné, l'une 8,80 et l'autre 9,00 pour cent d'azote.

		Trouvé.			
	Calculé.	I.	II.	III.	
C^{20}	764,37	64,55	64,50	64,63	64,82
H^{5}	31,20	2,64	3,37	2,77	3,17
O^{3}	300,00	25,34	23,23	23,70	23,11
Az	88,52	7,47	8,90	8,90	8,90
	1184,09	100,00	100,00	100,00	100,00

Ces nombres conduisent à la formule suivante :

$$C^{20}\ H^{4}\ O^{3} + H\ Az\ ;$$

qui est celle d'une imide analogue à la benzimide et à la succinimide. Elle correspond au binaphtalate d'ammoniaque.

Cette formule explique très-bien les résultats qu'on obtient en distillant le naphtalate d'ammoniaque ; il se dégage de l'eau, de l'ammoniaque et de la naphtalimide, comme l'indique l'équation suivante :

$C^{40}\ H^{8}\ O^{8} + H^{9}\ Az^{3} + H^{4}\ O^{2}$	napht. d'ammon.
$- H^{3}\ Az - H^{4}\ O^{3}$	ammon. et eau.
$- O^{2}\ H^{4}$	eau.
$= C^{40}\ H^{3}\ O^{6} + H^{2}\ Az^{2}$	2 at. de naphtalimide.

Sous l'influence des acides et des bases, elle décompose l'eau en régénérant l'acide naphtalique et l'ammoniaque.

Ether naphtalique.

En faisant bouillir dans une cornue un mélange d'alcool, d'acide hydrochlorique et d'acide naphtalique, on

obtient vers la fin de la distillation une matière huileuse qui reste dans la cornue; elle est plus pesante que l'eau. Je n'en ai pas eu assez pour examiner ses propriétés, mais je présume que c'est de l'éther naphtalique.

Théorie de la préparation de l'acide naphtalique.

L'acide naphtalique s'obtient en traitant par l'acide nitrique l'hydrochlorate de chloronaphtalèse, celui-ci a pour formule :

$$C^{40}\ H^{12}\ Cl^{4} + H^{4}\ Cl^{4}.$$

Si on enlève $H^8\ Cl^8$, et si on le remplace par son équivalent O^8, on aura l'acide naphtalique anhydre. Celui-ci vient encore confirmer d'une manière très-remarquable la théorie des radicaux dérivés que j'ai donnée dans un autre mémoire. On voit que puisque $H^4\ Cl^4$ est enlevé dans le radical, il faut remetttre à sa place son équivalent O^4, qui formera ainsi le radical de l'acide naphtalique, ou $C^{40}\ H^8\ O^4$.

Quant à l'acide hydrochlorique qui est au delà du radical, il faut le remplacer par son équivalent O^4, mais en plaçant celui-ci hors du radical. Par conséquent la formule de l'acide naphtalique doit être représentée par :

$$C^{40}\ H^8\ O^4 + O^4.$$

L'hydrochlorate de chloronaphtalèse renferme deux équivalens d'acide, il est donc bien probable que son radical C^{40} renferme aussi 2 équivalens. Cette probabilité est appuyée par la composition d'une combinaison analogue, la nitronaphtalèse, qui renferme aussi deux équivalens d'acide, ou :

$$C^{40}\ H^{12}\ O^2 + 2\ Az^2\ O^3.$$

Mais cette probabilité devient une certitude par la transformation de l'hydrochlorate de chloronaphtalèse en acide naphtalique, puisque celui-ci, sous la forme C_4°, sature 2 atomes de base.

Donc, toutes les combinaisons de la naphtaline qui renferme $C^{40} + H^{12}$ et au-dessous doivent être divisées en 2, et être représentées sous la forme C^{20}.

Par conséquent les composés suivans doivent avoir pour formule :

L'hydroch. de chloronaphtalèse.	$C^{20}\ H^6\ Cl^2 + H^2\ Cl^2$
La nitronaphtalèse.	$C^{20}\ H^6\ O + A^2\ O^8$
L'acide naphtalique.	$C^{20}\ H^4\ O^2 + O^2$

La préparation de l'acide naphtalique est semblable à celle de l'acide acétique obtenu en exposant la liqueur des Hollandais à l'influence de l'eau et de la lumière solaire, car :

$$\begin{array}{ll} C^8\ H^6\ Cl^2 + H^6\ Cl^2 & \text{liqueur des Hollandais.} \\ \quad - Cl^2 - H^2\ Cl^2 & \\ \quad + O + O^2 & \\ \hline = C^8\ H^6\ O + O_2 & \text{acide acétique.} \end{array}$$

En remplaçant équivalent par équivalent.

Elle est encore semblable à la transformation du chloroforme en acide formique. Le chloroforme ($C^4\ Cl^4 + H_2\ Cl^2$) change Cl_4 contre son équivalent $H_2\ O$, et $H^2\ Cl^2$ contre son équivalent O_2, et donne $C^4\ H^2\ O + O^2$ de l'acide formique.

Quelques idées sur une nouvelle force agissant dans les combinaisons des corps organiques; par M. Berzélius.

Dans la nature inorganique, il se forme de nouvelles combinaisons entre différens corps qui sont en présence, parce que ces corps ont une plus grande tendance à se combiner entre eux qu'avec d'autres corps. Les corps qui ont une grande affinité les uns pour les autres, se combinent entre eux en repoussant ceux pour lesquels ils ont une affinité plus faible et auxquels ils étaient combinés d'abord, et ces derniers se combinent également entre eux. Jusqu'à l'année 1800, on ne connaissait, outre cette tendance des corps à se réunir, que la chaleur, et dans quelques cas la lumière, qui pussent agir dans la combinaison des corps. Plus tard, on reconnut l'influence de l'électricité, mais on vit bientôt aussi que les affinités chimiques et électriques étaient la même chose, et que la chaleur et la lumière n'avaient d'autre action que celle d'augmenter ou de diminuer ces affinités. Lorsqu'on passe à l'étude de la chimie organique, on trouve des corps très-différens entre eux, tirés d'une même matière brute par les différens organes. Dans les animaux, cette matière brute, qui est le sang, coule dans des vaisseaux non interrompus, et donne naissance à toutes les différentes sécrétions : telles que le lait, la bile, l'urine, etc., sans la présence d'aucun corps étranger qui aurait pu servir à former de nouvelles combinaisons.

Kirchhof découvrit que de l'amidon dissous dans des acides étendus d'eau se transformait, à une certaine température, en gomme, puis en sucre de raisin ; et cependant il n'y avait là aucune combinaison entre les élémens de l'acide et ceux de l'amidon, car on ne trouva jamais aucun dégagement de gaz. En traitant la dissolution par des bases, on retrouva tout l'acide employé ; la dissolution ne contenait que du sucre dont le poids dépassait légèrement celui de l'amidon employé. Quelque temps après, Thenard découvrit une nouvelle substance, le peroxide d'hydrogène, dont les élémens ne sont retenus entre eux que par une affinité très-faible. Sous l'influence des acides, ce corps ne se décomposait pas ; mais sous l'influence des alcalis, on voyait une tendance de ses élémens à se séparer ; il se formait une fermentation lente avec un dégagement d'oxigène, et il y avait formation d'eau. On vit bientôt que non-seulement des corps solubles dans cette substance produisaient cet effet, mais même que d'autres corps organiques et inorganiques, tels que le manganèse, l'argent, la platine, l'or, la fibrine, etc., agissaient de la même manière sur cette substance. Cette décomposition a lieu

par la seule présence du corps étranger, en vertu d'une force qui nous est encore inconnue, sans que ce corps soit entré pour la plus petite partie dans la nouvelle combinaison, car les recherches les plus minutieuses ne pouvaient faire découvrir en lui la plus petite altération.

Edm. Davy reconnut que si on humecte du platine excessivement divisé avec de l'alcool, celui-ci en s'allumant rend le platine incandescent, et que l'alcool est transformé en acide acétique s'il contient de l'eau. Tout ceci mena à la grande découverte de Dœbereiner, qui consiste en ce que l'éponge de platine a la propriété d'allumer un courant d'hydrogène dirigé sur elle. Cette découverte fut suivie de près par celle de Dulong et Thenard, qui trouvèrent que le platine ne possède pas seul cette propriété; que d'autres corps, tels que l'or, l'argent, le verre agissent de même, mais seulement lorsqu'ils sont exposés à une assez haute température, tandis que pour le platine, l'iridium et les autres métaux qui accompagnent le platine, cet effet a lieu même beaucoup au-dessous de la température de la glace fondante. On reconnut l'analogie entre le phénomène de la transformation du sucre en alcool par la présence d'un corps étranger insoluble, et celui de la décomposition du peroxide d'hydrogène en eau et en oxigène par la présence du platine, de l'argent, de la fibrine et de quelques autres corps également insolubles. On ne connaissait aucun cas analogue à celui de la décomposition du peroxide d'hydrogène par la présence d'alcalis dissous dans cette substance, car à cette époque on n'avait pas encore reconnu l'analogie de ce phénomène avec celui de la formation du sucre au moyen d'amidon et d'acide sulfurique. On retrouve quelque chose de semblable dans une des hypothèses sur la formation de l'éther. Suivant cette hypothèse, l'acide sulfurique s'emparerait d'une partie de l'eau contenue dans l'alcool, et formerait ainsi l'éther; mais on ne pouvait pas expliquer pourquoi d'autres corps, tels que la potasse, le chlorure de calcium, la chaux vive, etc., qui ont une très-grande affinité pour l'eau, ne produisaient pas le même effet. Mitscherlich montra que si on verse de l'alcool sur de l'acide sulfurique à une température supérieure à celle de l'ébullition de l'eau, l'eau et l'éther sont distillés ensemble, et forment un mélange dont le poids est parfaitement égal à celui de l'alcool employé. Ainsi l'acide sulfurique n'agit pas là en vertu de son affinité pour l'eau; son action est analogue à celle des alcalis sur le peroxide d'hydrogène; elle est, de même, analogue à celle de l'acide sulfurique sur l'amidon dans la formation du sucre.

Il est donc prouvé que plusieurs corps simples et composés, solubles et insolubles, ont la propriété d'exercer sur d'autres corps une action très-différente de l'affinité chimique. Au moyen de cette action, ils produisent dans ces corps des décompositions de leurs élémens et des recompositions différentes de ces mêmes élémens auxquelles ils restent étrangers.

Cette nouvelle force, qui était inconnue jusqu'ici, est commune à la nature organique et inorganique. Je ne crois pas qu'elle soit une force tout à fait indépendante des affinités électro-chimiques de la matière; je crois, au contraire, qu'elle n'en est qu'une nouvelle manifestation; mais tant que nous ne pourrons pas voir leur liaison et leur dépendance mutuelle, il sera plus commode de la désigner par un nom séparé. J'appellerai donc cette force, *force catalytique*. J'appellerai de même *catalyse* la décomposition des corps par cette force, de même qu'on désigne par analyse la décomposition des corps par l'affinité chimique. Voici maintenant les questions relatives à cette force catalytique qui se présentent d'abord. Cette force catalytique peut-elle produire des différences dans les produits catalytiques suivant qu'elle est plus ou moins intense?

Des corps différens doués de force catalytique, peuvent-ils engendrer des produits catalytiques différens aux dépens d'un même corps composé?

Les corps doués de force catalytique, peuvent-ils exercer cette action sur un grand nombre de corps composés différens, ou cette action est-elle restreinte à un petit nombre de corps?

Ces questions ne pourront être résolues que par des recherches ultérieures; il suffit pour le moment d'avoir établi l'existence de cette force par un nombre suffisant d'exemples. Cette force donne lieu à des applications nombreuses dans la nature organique; ainsi ce n'est qu'autour des *yeux* de la pomme de terre qu'on trouve de la diastase; c'est au moyen de la force catalytique de la diastase, que l'amidon, qui est insoluble, est transformé en sucre et en gomme, qui étant solubles forment la sève qui monte dans les germes de la pomme de terre. Cet exemple si évident de l'action de la force catalytique dans une sécrétion organique, n'est vraisemblablement pas le seul dans le règne animal et dans règne végétal, et l'on pourra peut-être trouver par la suite que c'est par une action analogue à celle de la force catalytique que se produit la sécrétion de corps si différens, qui tous cependant sont tirés d'une même matière : la sève dans les plantes, et le sang dans les animaux.

Observations relatives à la Pluie des Tropiques;
Par M. Boussingault.

Les observations relatives à la quantité annuelle de pluie qui tombe entre les tropiques sont très-peu nombreuses. Les voyageurs ne séjournent pas assez longtemps sur un même point pour se livrer à des travaux météorologique qui exigent quelque suite. Tout ce qu'on est en droit d'exiger d'eux, c'est de recueillir les observations toutes faites qu'ils peuvent rencontrer sur leur chemin, et de provoquer ces mêmes observations.

C'est ainsi que j'ai été assez heureux pour contribuer à faire établir un udomètre aux mines de Marmato, dans la province de Popayan. Je viens de recevoir deux années d'observations faites dans cette localité, et tout me porte à croire qu'elles seront continuées. L'administration des mines est vivement intéressée à

connaître la quantité annuelle d'eau qui tombe sur ses établissemens; c'est un contrôle qu'elle exerce d'une manière indirecte sur les agens chargés de la direction des machines mues par l'eau. Ces observations permettront aussi de résoudre un jour une question utile pour l'insdustrie minérale du district de la Vega de Zupia : c'est de savoir si, comme le prétendent les habitans de ces montagnes, les cours d'eau diminuent à mesure que les défrichemens se multiplient. Il y a beaucoup de faits qui tendent à faire penser que les défrichemens rendent en effet une contrée moins pluvieuse. Ainsi, dans la vallée du Cauca, il est constant que tel terrain dont le sol et la température moyenne conviennent à la culture du cacaotier, ne donne néanmoins aucun résultat favorable s'il est placé trop près des forêts. Vient-on à défricher et à transformer ces forêts en champs de yuca, de canne à sucre, de maïs, le cacao prospère alors d'une manière remarquable (1).

On a reconnu en Europe que la pluie tombe en plus grande abondance le jour que la nuit. Aux régions équinoxiales, du moins dans les parties que j'ai visitées, il semblerait que c'est le contraire qui a lieu. Tout le monde admet qu'il y pleut principalement pendant la nuit.

Durant un séjour dans les environs de Marmato (al Rodeo), j'ai mesuré pendant trois mois, et séparément, la pluie qui est tombée le jour et la nuit.

Voici les résultats :

Pluie en centimètres.

Année 1827.	Le jour.	La nuit.	Pluie totale.
Octobre.	3,4	15,1	18,5
Novembre.	1,8	20,8	22,6
Décembre.	0,2	15,9	16,1

En groupant un grand nombre d'observations, les météorologistes en ont tiré cette conséquence, que la quantité annuelle de pluie augmente à mesure qu'on s'approche de l'équateur, ce qui revient à dire que cette quantité croît avec la température. Les deux séries d'observations que je vais rapporter ont été faites sur deux points assez voisins, mais placés à des élévations différentes. Elles confirment, pour la zone équatoriale, la conclusion des météorologistes européens, en ce sens que la quantité annuelle de pluie diminue en même temps que la hauteur au-dessus du niveau de la mer augmente. Elles montrent que sous des latitudes très-peu différentes, il pleut davantage là où la température moyenne est de 20°,4, que là où cette température est de 14°,5.

Les mines de Marmato sont situées par 5° 27' de latitude nord. et par 5° 11' de long. O (de Paris). Leur hauteur au-dessus de la mer est de 1426 mètres. Température moyenne 20°,4. Les observations ont été faites par MM. les Officiers des mines.

	Pluie en centimètres.	
	1833.	1834.
Janvier.	8,1	1,8
Février.	12.2	5,4
Mars.	22,1	5,5
Avril.	10,2	17,9
Mai.	27,9	22,4
Juin.	23,6	33,4
Juillet.	0,0	7,8
Août.	0,0	2,5
Septembre.	5,1	13,2
Octobre.	9,4	25,7
Novembre.	33,3	17,8
Décembre.	2,5	17,8
	154,4	171,2

Pendant l'année 1807, Caldas a mesuré la pluie tombée à Santa-Fé de Bogotà. Latitude nord 4° 36', long. O. 5 h. 6'. Hauteur 2641 mètres.

	Pluie en centimètres.	
	1807.	1808.
Janvier.	6,6	7,5
Février.	1,7	
Mars.	0,6	
Avril.	6,0	
Mai.	15,3	14,0
Juin.	7,9	4,4
Juillet.	9,5	
Août.	12,3	
Septembre.	1,8	
Octobre.	12,7	
Novembre.	9,5	
Décembre.	16,4	
	100,3	

La plupart des observations de 1808 sont perdues.

Durant l'année 1807, Caldas a compté à Santa-Fé 136 jours pluvieux.

---

(1) Voici un fait que je tiens de don Sebastien Marisausena, habitant de Cartago. Ayant obtenu le titre de *capitan poblador* pour fonder un village à la Balsà, au pied de la chaîne de Quindiù, il commença par établir un immense cacaotier (*cacagual*). Pendant les dix premières années, les récoltes furent à peu près nulles, les pluies étant trop fréquentes. L'hacienda ne commença à devenir productif que lorsque les habitans de la Balsà furent assez nombreux pour que le défrichement prît une extension considérable; le soleil pouvait alors mûrir le cacao. Vers 1816, les circonstances politiques firent émigrer la majeure partie des habitans; il ne restait plus que les nègres de l'hacienda. Six ans après, les champs environnans étaient déjà transformés en forêts; la récolte du cacao diminua de plus en plus; enfin, en 1827, lorsque je passai à la Balsà, il y avait trois ans qu'on ne recueillait plus de cacao.

Quelques observations sur la formation de la grêle ; par M. Lecoq.

L'année 1835 fut très-remarquable par le nombre et l'intensité des orages qui éclatèrent dans le midi et dans le centre de la France. Des nuées électriques restèrent en permanence au-dessus des hautes montagnes de l'Auvergne, et si parfois la chaleur du soleil parvenait à les dissoudre, c'était pour quelques heures seulement, et rarement pour un jour entier. Les nuages grossissaient avec rapidité, le tonnerre grondait au loin, une bourasque annonçait l'orage, et l'eau tombait par torrens. La grêle avait détruit une grande partie des récoltes du Puy-de-Dôme, et chaque jour amenait de nouveaux désastres.

Le 28 juillet, le soleil se leva sur un ciel d'azur, aucun nuage ne paraissait à l'horizon, aucune vapeur ne flottait dans l'atmosphère; on attendait enfin un beau jour; à dix heures la chaleur devint très-forte, à midi elle était accablante, et déjà quelques flocons de vapeur nageaient dans l'air à une grande élévation, le vent était nord, très-faible, et ne tempérait pas la chaleur; à une heure le vent avait augmenté, les nuages blancs et flottans s'étaient abaissés, et une demi-heure plus tard ils couvraient une grande partie de l'horizon; ils avaient une teinte grise qui se fonçait de plus en plus et qui devint presque noire; à deux heures, ils formaient un vaste rideau étendu sur toute l'Auvergne : il était facile alors de prévoir un orage affreux. On attendit avec anxiété l'issue de la scène majestueuse et terrible qui se préparait. Alors le silence et la consternation régnaient partout; quelques éclairs illuminaient le dôme de vapeurs qui couvrait les vieux volcans de l'Auvergne, et le soleil éclairait encore une partie de la Limagne. Nous entendîmes alors un bruit sourd et lointain qui ressemblait à une sorte de roulement; presque en même temps nous vîmes avancer de l'ouest à l'est un vaste nuage d'un blanc pur en quelques endroits, et principalement sur ses bords, et d'un gris foncé au milieu; il arrivait avec une grande rapidité, et semblait être poussé par un vent d'ouest violent, que nous n'avions pas encore ressenti à Clermont. Ce nuage était évidemment au-dessous de tous les autres, ses bords étaient festonnés et paraissaient quelquefois déchiquetés; des protubérances semblables à de longues mamelles étaient suspendues à sa partie inférieure. A deux heures et un quart, la partie antérieure de ce nuage était très-rapprochée de Clermont, le bruit que l'on entendait depuis longtemps avait pris de l'intensité, et je distinguais parfaitement un mouvement très-rapide dans les bords du nuage; ces bords me semblaient ondulés, mais dans la position où je me trouvais, ce qui paraissait des ondulations devait être produit par une vive agitation, je crus voir distinctement des grêlons dans les bords du nuage, et j'annonçai la grêle à quelques personnes qui étaient avec moi. En effet, deux minutes après avoir observé cette sorte de tourbillonnement, d'énormes grêlons tombèrent et brisèrent en un instant toutes les tuiles des maisons et tous les carreaux de vitre exposés au nord et à l'ouest; car les grêlons, poussés à la fois par le vent du nord et celui du couchant, avaient pris nécessairement une direction moyenne.

Les premiers qui tombèrent se succédaient lentement, puis tout d'un coup leur nombre augmenta tellement, qu'en dix minutes la terre en fut couverte; quelques gouttes d'eau s'échappèrent en même temps du nuage électrique, puis le roulement éloigné que nous entendions depuis longtemps cessa complétement: le nuage, débarrassé de ses bosselures et de ses appendices, fut emporté par le vent, et quelques heures après le soleil éclairait de sa lumière pâle et affaiblie cette scène de désolation que la nuit devait bientôt voiler.

Je ne décrirai pas avec détail les terribles effets de ces grêlons, il me suffira de rappeler que des branches d'arbre de deux pouces de diamètre furent entièrement coupées; quelques pierres de taille, faisant partie de la corniche des maisons, furent fendues sur les bords, et des dalles de phonolites, employées en guise de tuiles pour couvrir des toits, furent brisées par le choc de masses glacées; enfin, une partie des beaux vitraux coloriés de la cathédrale de Clermont ont été brisés en quelques minutes, après avoir traversé au moins quatre siècles sans qu'un tel météore les ait endommagés.

Les grêlons tombaient très-obliquement, au point que plusieurs personnes furent atteintes dans leur appartement par ceux qui passaient à travers les vitres; d'autres, surprises dans la campagne, ont été blessées, mais aucune n'a péri. Je crus reconnaître dans les grêlons un mouvement de rotation très-marqué, mais je ne pus m'en assurer au moment de leur chute; ils se brisaient presque tous sur le pavé.

A peine la grêle était-elle finie que nous allâmes, M. Bouillet et moi, dans le jardin de Botanique, pour observer les grêlons; nous en trouvâmes plusieurs qui, étant tombés sur des plantes, étaient restés intacts, et nous offraient des formes très-remarquables; leur grosseur moyenne était celle d'un œuf de poule, mais quelques-uns d'entre eux avaient celle d'un œuf de dindon. On nous assura qu'à Montferrand il en était tombé de plus gros; leur forme était celle d'un sphéroïde alongé, dont les deux extrémités paraissaient égales; ils étaient généralement hérissés de cristaux, dont quelques-uns offraient encore les indices de prismes hexagones, terminés par des pyramides à six faces, mais le plus souvent les angles étaient fondus, et les prismes étaient devenus cylindriques : quelques-uns de ces cristaux surajoutés atteignaient dix-huit lignes au moment de la chute, et, selon toute apparence, quelques uns avaient plus de deux pouces. D'autres grêlons étaient seulement rugueux à la surface, et offraient une infinité de pointemens, comme les masses de fer sulfuré que l'on trouve dans les argiles et dans les lignites.

Les cristaux étaient groupés aux deux extrémités du grand axe de l'ellipsoïde, qui, selon toute apparence étaient les deux pôles des grêlons, et l'équateur en était

dépourvu sur un un grand nombre d'échantillons ; dans tous, les cristaux étaient plus allongés aux deux extrémités. La structure intérieure des grêlons était presque toujours la même. Le centre était formé par de petits grains de grésil blanc, opaque et fibreux ; autour se trouvaient plusieurs couches de glace transparente et quelquefois assez distincte pour qu'on pût les compter, elles étaient d'autant plus épaisses qu'elles approchaient de la circonférence, leur dureté paraissait plus grande à l'extérieur qu'à l'intérieur.

Leur pesanteur était peu considérable, car les plus gros que nous pesâmes étaient de quatre onces. Il est bien probable cependant que nous n'avons pas eu les plus volumineux, car d'autres personnes en ont pesé de 5° et demi, et l'on m'a assuré qu'on en avait vu de 8° et même de plusieurs livres. En faisant la part de toutes les exagérations, je suis très-porté à croire que quelques-uns d'entre eux ont pesé huit onces, mais je doute qu'il y en ait eu de plus gros.

Entièrement occupé des désastres de l'orage, l'idée ne me vint pas de recueillir des grêlons et d'analyser l'eau, ce que j'ai vivement regretté par la suite, d'autant plus que des personnes très-dignes de foi m'ont assuré que plusieurs d'entre eux avaient laissé déposer un résidu noirâtre, d'une odeur désagréable, et que l'eau qui résultait de leur fonte avait une odeur très-marquée.

Ayant appris que cet orage s'était étendu dans le département de la Creuse, je pensai qu'il avait pu se développer encore sur une plus grande étendue, et je priai M. Dejean, préfet du Puy-de-Dôme, de demander des renseignemens à MM. les préfets des départemens voisins. Il y mit toute la complaisance possible.

L'orage prit naissance sur l'Océan vers les 10 heures du matin ; la grêle commença par ravager une partie de l'île d'Oléron et particulièrement les communes de Saint-Pierre et de Saint-Georges. Le nuage traversa ensuite, de l'ouest à l'est, le département de la Charente-inférieure où l'arrondissement de Marennes eut surtout à souffrir. Les communes de Saint-Aynant, Saint-Jean-d'Angle, Saint-Symphorien, Saint-Sornin, Saint-Just, Arvers, etc., reçurent des grêlons dont la grosseur variait depuis celle d'une noisette jusqu'à la grosseur d'une noix.

Le nuage franchit la Charente sans répandre de grêle, du moins je n'ai pu obtenir aucun renseignement de la préfecture de ce département ; mais dans la Haute-Vienne, et précisément vers les limites de la Charente, la grêle tomba sur plusieurs points de l'arrondissement de Rochechouart. De là et en suivant une ligne parfaitement droite de l'ouest à l'est, elle traversa le département de la Haute-Vienne ; à midi elle arriva dans la Creuse, arrondissement de Bourganeuf. Les communes de Faux-Mazuras, Manzac, Soubrebord, Morterolle, Vidaillac, Saint-Hilaire, La Pouge et Saint-Georges furent plus ou moins frappées. L'orage continuant à suivre la même direction, atteignit l'arrondissement d'Aubusson et y causa de grands ravages. De midi à deux heures, d'énormes grêlons tombèrent dans les communes de Saint-Amand, Lupersat-Ars, Saint-Avit-le-Pauvre, Saint-Sulpice-les-Champs, la Rochelle, Saint-Maixent, Saint-Ulpimien, Maynat, Beissat, Alleyrat, Saint-Silvain-Letrueq, Saint-Aynat, La Chaussade, Saint-Michel-de-Vesse, Chavanat, Malleret et Banise. A une heure et demie le nuage franchissait la limite occidentale du département du Puy-de-Dôme ; un quart-d'heure plus tard il versait sur les communes de Gelles, Proudine, Saint-Pierre-le-Chastel, Saint-Oure et Roure, d'énormes grêlons qui, en peu d'instans, couvrirent le sol d'une couche épaisse de trois pouces. A deux heures, de véritables glaçons tombaient sur la lave qui s'étend derrière le Puy-de-Dôme et se brisaient sur les angles des roches volcaniques. Bientôt après le nuage doubla le Puy-de-Dôme, dévasta la commune d'Arcines, et, de deux heures un quart à deux heures et demie, il alla terminer son désastreux voyage sur Clermont et Montferrand. Ainsi, en quatre heures et demie, le nuage orageux parcourut un espace d'environ 90 lieues.

Dans la Charente Inférieure, quelques communes de l'arrondissement de Jonsac furent grêlées entre trois et quatre heures du soir, et quelques autres l'avaient été à quatre heures du matin. A Saint-Yrieix (Haute-Vienne), il y eut aussi chute de grêle entre trois et quatre heures du soir ; enfin, une demi-heure après celle de Clermont, dans le même département, l'orage fondait sur les communes de Saint-Germain, l'Embron, Ardes, Saint-Gervais, Collanges, Mauriat, Beaulieu, Lebrénil, Jumeaux, Auzat-sur-Allier, Orsonnette, La Monge et Estel.

En sorte que l'on peut considérer la ligne de la grêle comme accompagnée de nuées latérales, que le vent du nord emportait généralement au sud. Le nuage qui portait la grêle, d'abord très-étroit, s'élargit ensuite, atteignit au-dessus du département de la Creuse sa plus grande largeur, puis se rétrécit jusqu'au milieu du département du Puy-de-Dôme, où son extrémité, coupée en ligne droite, présentait une tranche d'une demi-lieue de largeur ; il avait la forme d'un fuseau, dont chaque extrémité tronquée était située d'une part sur l'île d'Oléron, de l'autre sur Clermont, et dont la partie renflée était au-dessus de la Creuse. Dans tous les renseignemens un peu détaillés que j'ai pu obtenir, on m'annonce un nuage gris et blanc, dont les bords tourbillonnaient et qui s'étendait de l'ouest à l'est, et avec une grande vitesse, sous l'énorme nuage qui cachait le ciel à tous les regards. Partout le vent était le même c'est-à-dire qu'il y avait deux vents superposés qui se croissaient à angles droits, et dans la direction des quatre points cardinaux, ou du nord au sud et de l'ouest à l'est.

L'intensité de l'orage alla toujours en croissant. Dans la Charente-Inférieure les grêlons étaient petits, arrondis et peu nombreux ; leur nombre et leur volume augmentaient dans le département de la Haute-Vienne ; quelques-uns avaient déjà la forme ovale ; mais ce fut surtout dans le département de la Creuse et dans l'arrondissement d'Aubusson que les grêlons acquirent tout leur

volume et la forme ovoïde qu'ils ont conservée jusqu'à Clermont; leur volume était, à ce qu'il paraît, très-considérable, car les renseignemens que j'ai reçus de ce département m'indiquent presque tous huit à dix onces et jusqu'à deux ou trois livres, en sorte qu'on peut supposer avec vraisemblance que les plus gros étaient de six à huit onces.

Il paraît qu'ils n'étaient pas couverts de longs cristaux comme ceux qui tombèrent à Clermont; ces derniers pendant leur long trajet avaient seuls permis à l'eau du nuage qui les portait de cristalliser autour d'eux.

La grêle a été partout de courte durée; rarement elle a continué pendant une demi-heure, et dans presque toutes les localités, elle a été suivie d'une pluie peu abondante.

Le nuage orageux était très-bas quand il abandonna le département de la Creuse; car il resta inférieur à la hauteur du Puy-de-Dôme, qui ne reçut aucun grêlon, tandis qu'il en tomba un grand nombre sur le petit Puy-de-Dôme, à la hauteur de 1,200 mètres. Quelques personnes qui, ce jour-là, étaient sur cette montagne, furent atteintes par les grêlons, sans éprouver le moindre mal, quoique chacun d'eux fût hérissé de longs et nombreux cristaux pointus. Des bestiaux qui paissaient à cette élévation, furent touchés par des grêlons, sans donner le moindre signe de crainte, tandis qu'il arriva des accidens sur la route de Limoges, à 200 mètres plus bas. Des chevaux, vigoureusement frappés, s'effrayèrent, et des voitures furent renversées.

Les grêlons qui étaient à la hauteur du petit Puy-de-Dôme, étaient animés d'une grande vitesse horizontale, et quelques-uns seulement tombaient au sommet de la montagne; il passaient en sifflant dans une couche d'air extrêmement froide.

Je m'assurai après l'orage de la hauteur à laquelle s'était formée la grêle, en examinant attentivement les arbres et les plantes à la base et sur les flancs du Puy-de-Dôme.

Les feuilles n'étaient nullement déchirées; elles étaient intactes, et cependant elles avaient été exposées à l'action des grêlons. Mais n'ayant acquis pour ainsi dire aucune vitesse verticale, ils avaient frappé sans déchirer, et étaient tombés sous les arbres. Un peu plus bas, en avançant du côté de Clermont, les feuilles des arbres étaient lacérées; plus loin encore, les branches étaient brisées, et nous avons cité quelques-uns des ravages dont Clermont fut le théâtre; car les grêlons venaient de traverser une distance verticale qui avait au moins 7 à 800 mètres.

Cet orage du 28 juillet fut certainement le plus terrible qu'on ait vu de longtemps. Les jours suivans, d'abondantes averses préludèrent à de nouveaux orages; et le 2 août, une portion de la zône qui avait été grêlée le 28 juillet, fut frappée de nouveaux grêlons, qui ne trouvèrent plus rien à détruire.

Le hasard me permit ce jour-là d'assister pour ainsi dire à la formation de l'orage et à la congélation des grêlons.

« Je partis de Clermont à 6 heures du matin, et je m'élevai sur le plateau qui domine la ville à l'ouest. Je cherchais les limites de la grêle du 28 juillet, afin de déterminer, en suivant les contours du terrain ravagé, la forme du nuage qui avait apporté le météore. J'arrivai à 10 heures à la base du Puy-de-Dôme, par un temps magnifique et par le soleil le plus ardent.

« Des nuages blancs s'étendaient sur le Mont-Dore; mais le Puy-de-Dôme se détachait admirablement sur l'azur du ciel. Des pâtres, que je questionnai sur les effets de la grêle du 28, m'engagèrent à regagner au plus vite le hameau de la Baraque, si je voulais éviter l'orage, qui, d'après eux, ne pouvait manquer de venir bientôt nous assaillir. L'espoir de voir avec détails une de ces magnifiques scènes dont l'atmosphère est le théâtre, me détermina, au contraire, à atteindre le plus tôt possible le sommet du Puy-de-Dôme, et avant midi j'étais assis sur cette énorme pyramide, promenant mes regards sur un immense horizon. Le vent d'ouest, qui régnait depuis le matin, amena bientôt quelques nuages abaissés, qui passèrent à quelques mètres au-dessus de ma tête; mais le soleil reparut encore. Je vis ensuite d'autres nuages se détacher du Mont-Dore et arriver près de moi, chassés par un vent du sud assez violent, que je ne ressentis cependant que vers une heure. En voyant ainsi des nuages volumineux marcher dans deux directions, je ne doutai pas un instant de la formation de la grêle, et mes doutes se changèrent bientôt en réalité.

« Tant que les deux couches de nuages ne furent pas superposées, il n'y eut aucun signe de grêle; seulement, ceux qui venaient du sud et qui étaient les moins élevés, se réunissaient par petits groupes, qui semblaient se précipiter les uns sur les autres, et formaient de gros nuages noirs, épais et pesans, que les vents ne déplaçaient qu'avec peine; ils se mouvaient cependant vers le nord. Le dessous du nuage s'alongeait, offrait une énorme protubérance; puis des torrens d'eau s'en échappaient, inondant des espaces très-circonscrits. Dès qu'une grande quantité d'eau était sortie du nuage, celui-ci, devenu plus léger, était de nouveau emporté par le vent, et disparaissait à l'horizon. Les phénomène se renouvela plusieurs fois dans l'espace d'une heure; mais alors le vent d'ouest avait accumulé une grande quantité de nuages, qui formaient un large rideau tendu sous la voûte du ciel. Le vent du sud poussait sous cette couche de vapeurs de nouveaux nuages blancs, qui arrivaient avec vitesse. Le vent devint violent et très-froid au sommet du Puy-de-Dôme. La couche des nuages inférieurs n'était pas uniforme comme la supérieure; mais composée d'énormes flocons colorés qui marchaient dans le même sens à des distances inégales et avec des vitesses différentes. Des éclairs très-vifs les illuminaient de temps en temps, et la foudre, sous forme de sillons de lumière, passait d'un nuage à l'autre; quelquefois même un éclair prolongé semblait traverser au même instant l'espace qui sépare le Puy-de-Dôme du Mont-Dore. Tous ces phénomènes se passaient dans la couche inférieure des vapeurs; jamais je ne vis l'étincelle électrique traverser la couche

d'air qui séparait les deux couches de nuages. Je voyais de loin la grêle se précipiter des nuages inférieurs et tomber sur le sol, je la vis distinctement à 50 mètres du sommet du Puy-de-Dôme et en face de moi. Le nuage qui la laissait épancher avait les bords dentelés, et offrait dans ses bords même un mouvement de tourbillonnement qu'il est difficile de décrire : il semblait que chaque grêlon fût chassé par une répulsion électrique. Les uns *s'échappaient par dessous*, les autres *en sortaient par dessus ;* enfin, ils partaient dans tous les sens, et seraient indubitablement arrivés sur le sol dans une foule de directions, si le vent du sud, inférieur au vent d'ouest, ne les avait tous dirigés vers le nord. Après 5 à 6 minutes de cette agitation extraordinaire, à laquelle les bords antérieurs du nuage semblaient seuls participer, la grêle cessa, l'ordre se rétablit, et le nuage à grêle, qui n'avait pas cessé de s'avancer très-vite, continua sa route vers le nord, laissant apercevoir dans le lointain quelques traînées de pluie, qui arrivaient à peine sur le sol, et paraissaient plutôt se dissoudre dans la couche inférieure de l'atmosphère.

« J'attendais une seconde scène comme celle à laquelle je venais d'assister, lorsqu'un éclair immense illumina toute la couche inférieure des nuages, dont un des bords touchait le sommet du Puy-de-Dôme. Je crus tout d'un coup que j'étais plongé dans une vive lumière, et je ressentis un malaise général, qui n'avait peut-être d'autre cause que la frayeur dont je fus saisi. Je descendis le Puy-de-Dôme avec une grande vitesse ; et craignant d'être atteint par les grêlons ou du moins d'être inondé par l'orage, je fus chercher un asile dans une grotte creusée dans la base du Puy-de-Dôme, et qui m'avait servi d'abri une autre fois. Le sommet du Puy-de-Dôme était caché dans le nuage orageux ; il eût été imprudent d'y rester plus longtemps.

« Après avoir remarqué la direction de l'orage et m'être reposé un instant de ma fatigue et de ma frayeur, j'atteignis le Puy-de-Dôme, magnifique observatoire qui me rapprochait encore des nuages Il était deux heures, et l'état du ciel me faisait craindre de nouvelles averses que je voulais chercher à éviter. Je me dirigeai alors vers le Puy-des-Goules, éloigné d'une petite lieue du sommet du Puy-de-Dôme, et je m'élevai sur les flancs vers trois heures. Le ciel était à peu près dans le même état ; les deux couches de nuages existaient encore, et le vent du sud, très-froid, soufflait avec force sur le flanc de la montagne. Il amenait un nouveau nuage à grêle, qui paraissait très-chargé, et dans lequel je fus plongé pendant environ 5 minutes. Les grêlons étaient nombreux, et les plus gros atteignaient à peine le volume d'une noisette. Ils étaient formés de couches concentriques plus ou moins transparentes, arrondis ou légèrement ovales ; ils étaient tous animés d'une grande vitesse horizontale, mais l'attraction de la montagne semblait les dévier un peu, et plusieurs tombèrent sur ses flancs. Un grand nombre vint me frapper sans me faire le moindre mal ; puis ils tombaient aussitôt qu'ils m'avaient touché. La majeure partie du nuage passa au-dessus de ma tête, et j'entendis distinctement le sifflement des grêlons ou plutôt un bruit confus formé d'une infinité de bruits partiels, que je ne pouvais attribuer qu'au frottement de chaque grêlon contre l'air. Le nuage qui passa au-dessus de ma tête, et dans lequel la grêle était toute formée, ne la laissa échapper qu'à une demi-lieue au delà du point où je me trouvais. Une petite portion cependant se répandit sur le flanc nord de la montagne, qui intercepta sa marche, et je pus recueillir dans un flacon un certain nombre de grêlons. J'essayai l'eau par divers réactifs, et j'obtins un trouble très-sensible avec le nitrate d'argent et le muriate de baryte.

» Tous les grêlons étaient animés d'un mouvement de rotation très-grande, mais dans des sens différens, autant que j'ai pu en juger en examinant leur mouvement lors de leur chute sur la forme de mon chapeau, que je leur présentais aussi horizontalement que possible. Plusieurs autres nues, chargées de grêle, arrivèrent encore du sud, et soit sur un point, soit sur l'autre, il grêla sans discontinuer depuis une heure jusqu'à quatre sur toute la chaîne des Puys, depuis le Mont-Dore jusqu'au delà de Riom et de Volvic.

» Entre quatre et cinq heures, la grêle cessa ; les nuages ne formaient plus qu'une seule couche, mais ils présentaient souvent le phénomène que j'avais observé le matin, c'est-à-dire, qu'ils se groupaient, puis versaient à la lueur des éclairs une énorme quantité d'eau. Le vent du sud avait cessé ; celui d'ouest soufflait seul, et chassait ces trombes effrayantes. » Une d'elles s'épancha devant moi à la Barraque, sur la grande route de Clermont. J'en étais éloigné d'environ 40 mètres, et je ne reçus pas une goutte d'eau. Une voiture chargée, qui était à une petite distance, disparut en un clin d'œil, sous la masse d'eau qui s'écoulait au ciel. Après le passage de la trombe, elle était renversée dans un fossé, et ses conducteurs n'avaient pu jusque-là essayer de la relever, tant l'obscurité était grande au milieu du météore. D'énormes pavés et de gros blocs de granit avaient été entraînés par cette trombe qui fuyait encore devant moi, et qui atteignit Clermont une demi-heure avant que je ne pusse y arriver. L'orage du 21 août eut une marche moins rapide que celui du 28 juillet, et il parcourut une ligne moins longue. Il prit naissance sur les montagnes du Cantal, et se termina sur les limites de l'Auvergne et du Bourbonnais. M. L. de Buch, qui, ce jour-là, était au Cantal, tenta inutilement, à 10 heures du matin, d'atteindre le sommet du Puy-Griou ; le vent l'en empêcha. M. Nivet, mon beau-frère, qui était au Mont-Dore, ne ressentit le vent au pic de Sancy qu'à midi, et moi-même, placé sur le sommet du Puy-de-Dôme, je ne m'aperçus qu'à une heure de sa violence, et alors seulement arrivèrent les nuages qui portaient la grêle.

Peut-être ai-je rapporté trop longuement les phénomènes dont j'ai été témoin : mais j'ai cru avoir recueilli quelques faits nouveaux pour la météorologie, science encore si pauvre de nos jours. Je terminerai en essayant de les résumer, sans toutefois regarder comme générales les observations que j'ai recueillies dans ces deux circonstances.

Conclusions.

1° Il paraîtrait que la grêle se forme pendant les vents d'impulsion et non pendant ceux d'inspiration, qui, pourtant, sont généralement plus violens que les premiers. L'orage du 13 juillet 1788, sur lequel M. Tessier fit un rapport à l'Académie des Sciences, vient confirmer cette opinion. Sa vitesse était à peu près la même que celle de l'orage du 28 juillet 1835.

2° Deux couches de nuages superposés et deux vents différens semblent nécessaires pour produire la grêle.

3° Les grêlons ne vont pas d'un nuage à l'autre comme le supposait Volta; ils sont au contraire animés d'une vitesse horizontale très-grande, et ils voyagent poussés par un vent très-froid.

4° L'électricité joue cependant un grand rôle dans ces phénomènes, et selon toute apparence, le nuage supérieur soutient le nuage inférieur, pesamment chargé de grêlons, et probablement électrisé contrairement. Il y a probablement aussi répulsion électrique dans les grêlons qui forment l'extrémité antérieure du nuage, et qui présentent alors le phénomène de tourbillonnement si remarquable que j'ai observé deux fois de la manière la plus évidente.

5° Les grêlons ne se choquent pas pendant leur transport horizontal, et le bruit que l'on entend, le roulement qui est sensible de si loin, est dû à la réunion des bruits partiels produits par chaque grêlon qui traverse l'air avec vitesse. Le choc de quelques grêlons pendant leur trajet les fait immédiatement tomber.

6° Les grêlons sont animés d'un mouvement de rotation rapide qu'on devait leur supposer, mais qu'à ma connaissance on n'avait pas encore vu distinctement.

7° La formation des grêlons et leur grossissement paraissent dus au froid, produit par l'évaporation de leur surface à cause de leur grande vitesse. L'air chaud dans lequel pénètre l'extrémité antérieure du nuage laisse déposer sur eux une portion d'eau, dont une partie se vaporise en faisant congeler l'autre, et forme ainsi les couches concentriques qui s'appuient sur le noyau; le vent transporte continuellement les grêlons dans de nouvelles couches d'air saturées d'humidité, et le nuage supérieur les soutient pendant ce trajet. Le nuage inférieur augmentant continuellement de densité s'éloigne peu à peu par sa partie antérieure du nuage électrisé qui le soutenait, puis il arrive au point où son action étant presque nulle, les grêlons électrisés de la même manière se repoussent fortement, et offrent alors ce tourbillonnement qu'on aperçoit de la surface de la terre, et qui chasse dans tous les sens des grêlons que le vent réunit en imprimant sa propre direction.

8° La présence de longs cristaux aux deux pôles des grêlons du 28 juillet 1835 indiquerait que ceux qui étaient à l'équateur se sont fondus pendant la chute par le mouvement de rotation, ou que ce même mouvement les a empêchés de se former sur la partie équatoriale à cause de sa vitesse, tandis qu'ils se sont facilement groupés sur les pôles.

9° Enfin, l'eau provenant de la fonte des grêlons était loin d'être pure.

On voit par ce court résumé qu'il faut bien se garder, en météorologie surtout, de trop généraliser les faits. Il faut observer d'abord, observer encore, et attendre que des occasions favorables vous mettent à même de bien voir et de bien étudier avant de hasarder des théories qui, comme celles de Volta, ne se soutiennent qu'à l'ombre d'un grand nom.

Clermont, le 1 février 1836.

Description d'une Trombe; par M. Pellis, professeur de mathématiques au collége Sainte-Foy (Gironde) (tirée d'une lettre à M. Arago).

Le 28 juillet 1835, le ciel était orageux, le tonnerre grondait avec force, mais il ne tombait pas de pluie. Vers midi, on vit au-dessus de Flaujagues (hameau situé à une lieue de Sainte-Foy, en suivant le cours de la Dordogne) un gros nuage noir vers lequel les autres se précipitaient en tourbillonnant; ceux-ci s'engloutissaient tous dans le premier, qui peu à peu prit une forme alongée vers la terre, et se transforma enfin en une colonne inclinée, très-noire et très-nette, qui communiquait avec le sol. Cette colonne fit un excavation à l'endroit même où elle joignit la terre. Poussés par le vent le nuage et la colonne cheminèrent d'abord dans la direction du sud-ouest au nord-est; le bas de la colonne passa sur le hameau de Flaujagues, traversa la Dordogne, atteignit l'extrémité de Lamothe; de là se dirigeant du sud au nord, il traversa la commune de Saint-Seurin de Prast, et enfin repassa de nouveau sur la Dordogne qui fait un détour. Arrivée au milieu de la rivière, la colonne, dont le diamètre avait été toujours en diminuant, se rompit dans son milieu; la partie inférieure se répandit sur l'eau et la terre en fumée très noire, et la partie supérieure remonta dans les nuages.

Cette colonne parcourut une lieue, et cela dans l'espace de vingt minutes; elle ne produisit pas d'eau, mais l'on voyait distinctement dans son intérieur deux courans tournans, l'un ascendant et l'autre descendant. Elle renversa tout sur son passage. A Flaujagues, elle enleva vingt-quatre gerbes de blé amoncelées : on ne put rien en retrouver. Sur la rivière, elle saisit le moulin retenu par des chaînes contre l'action du courant, et le retourna bout par bout. Dans la commune de Saint-Saurin, la plaine est ravagée sur une longueur de 50 à 60 mètres; mais dans le milieu de cet espace et sur une largeur de 8 à 10 mètres, tout a été enlevé. J'ai vu des arbres de la grosseur d'un homme dont il ne reste absolument rien là où ils végétaient; plusieurs d'entre eux, que leur force empêcha d'être brisés, furent tordus et tellement qu'un point de la partie supérieure du tronc avait décrit une circonférence presque entière. Dans sa route, la colonne passa sur une petite maison

attenant à une plus grande. Sur cette dernière, quelques tuiles furent enlevées; mais la plus petite eut sa toiture entière emportée à plus de cent pas au delà d'un ravin et totalement dispersée. Plus loin encore, elle enleva une partie de la toiture d'une autre maison; puis, en aspirant; elle souleva le plancher de 5 à 6 pouces.

La colonne s'élargissait à la surface de la terre et laissait échapper une fumée très-noire qui couvrit toute la plaine et l'obscurcit tellement que les habitans des collines environnantes annoncèrent que la commune de Saint-Senrin était engloutie et avait tout à fait disparu.

Les habitans des collines assurent que le bas de la colonne était lumineux; les habitans de la plaine disent au contraire n'avoir vu dans toute son étendue qu'une obscurité profonde.

Le tonnerre qui se faisait entendre avec violence depuis onze heures du matin, cessa complétement dès que la colonne atteignit la terre; il ne recommença qu'après la disparition du météore.

Il ne plut pas jusqu'au soir. La trombe ne laissa aucune trace d'eau, et la fumée qu'elle répandait n'était pas même humide, d'après ce que disent les habitans du lieu; aucune odeur sensible ne s'en dégageait.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN DER HEILKUNDE, VON HECKER;
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
OMODEI, ANNALI UNIVERSALI.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1836.

THE LANCET.

Leçon clinique sur quelques cas particuliers de tétanos; faite par M. Wallace, à l'hôpital de Jervis-Street, à Dublin.

Je commencerai ma leçon d'aujourd'hui par la relation des principales circonstances d'un cas fort rare et intéressant.

1re Obs. — Philippe O'Neill, campagnard, d'une taille élevée et d'une constitution athlétique, d'un tempérament sanguin, ayant les yeux très-bleus, de l'âge de 30 à 40 ans, avait été renversé en conduisant un chariot, dont la roue, passant sur sa jambe droite un peu au-dessous de sa partie moyenne, avait occasionné une fracture des deux os de la jambe, compliquée de plaie externe. Transporté immédiatement à l'hôpital, il y reçut les soins que réclamait son état.

Il ne se manifesta d'abord aucun symptôme extraordinaire; mais dans la matinée du septième jour, je fus très-surpris de trouver les bandages et l'appareil dans un grand désordre. Ma surprise fut d'autant plus grande que, jusqu'alors, la position du membre n'avait pas beaucoup changé dans l'intervalle d'une visite à l'autre, et que le malade ne s'était pas plaint d'une sensation de malaise, qui aurait pu être attribuée à la position ou au pansement. Jusqu'alors tout avait présenté l'aspect le plus favorable; la plaie commençait même à se recouvrir de granulations et à se cicatriser. Malgré une enquête sévère, je ne pus savoir, ni de la garde-malade, ni du malade ce qui avait été la cause de ce déplacement. L'appareil fut réappliqué.

Le lendemain, huit jours après son entrée, le membre était de nouveau déplacé; j'appris que le malade avait passé une nuit fort agitée, et que la jambe fracturée avait été le siége de tiraillemens spasmodiques, qui avaient empêché le membre de conserver sa position.

Tel fut le commencement d'une série de symptômes les plus alarmans. Je ne vous fatiguerai pas en vous rapportant jour par jour les phénomènes observés dans ce cas; je me bornerai à dire que le malade succomba quatre jours après que les contractions spasmodiques eurent commencé dans la jambe; donc, onze jours après l'accident. Les spasmes avaient augmenté graduellement depuis le matin du huitième jour, et en 36 heures, ils avaient atteint un tel degré d'intensité, qu'il est difficile de s'en former une idée. Le terme de *spasmes* me semble insuffisant pour exprimer la nature de cette affection. Le membre était en butte à des convulsions qui se succédaient avec une telle rapidité, que pendant une minute les efforts du malade, et ceux des assistans, étaient impuissans pour le tenir dans une position quelconque. Au contraire, toute tentative de ce genre semblait augmenter les mouvemens convulsifs. — En peu de temps les convulsions du membre s'étendirent vers la partie supérieure du corps, et les muscles de la cuisse agissant ensemble avec ceux de la jambe, secouaient tout le membre de la manière la plus violente et dans toutes les directions. Au bout de la seconde journée, après que les spasmes eurent commencé, la figure du malade prit un air tétanique; il se plaignait de raideur dans les mâchoires, et il y avait impossibilité d'avaler. Chaque fois qu'il essayait de boire, une violente constriction de la gorge empêchait la descente du liquide. Les souffrances du malade, qui semblaient être très-vives, résistaient à tous les moyens.

Le quatrième jour, épuisé par les douleurs intenses et continuelles, par le défaut de sommeil et de nourriture, le malade devint pâle et abattu et son pouls tremblant, accéléré et faible. Cependant, les contractions dans la jambe et la raideur musculaire ayant cessé et la faculté d'avaler étant revenue, je me flattais encore, malgré l'état d'épuisement où le malade se trouvait, qu'un changement favorable pût s'opérer. Cet espoir était illusoire : le lendemain le malade expira peu de minutes avant ma visite, vingt-quatre heures après que l'agitation du système musculaire se fût calmée.

Autopsie, faite le lendemain de la mort. Le système musculaire est dans un état de raideur générale; les muscles semblent encore contractés. La figure a conservé un aspect tétanique. La pupille de l'œil droit est considérablement plus contractée que celle de l'œil gauche.

Jambe droite. La partie supérieure du tibia fait saillie d'un pouce dans la plaie. Cette jambe est raccourcie de quelques pouces; ses muscles et les parties environnantes sont dans un état tel, que le membre ne se laisse pas réduire à sa longueur naturelle. Après avoir incisé la peau au côté externe de la partie antérieure du membre et élargi la plaie en haut et en bas, on trouva la fracture du péroné située à l'endroit où cet os est croisé par le nerf péronier; ce nerf répond à l'extrémité supérieure de la portion inférieure du péroné fracturé, dont le bout est extraordinairement aigu. Dans cet endroit et dans l'étendue d'un pouce plus haut et d'un pouce plus bas, le nerf est remarquablement vasculaire et fort épaissi; les parties molles environnantes sont infiltrées de sang et en suppuration. A voir la manière dont les muscles couvrent et croisent le nerf et le bout aigu du péroné, il est évident que les muscles, en se contractant, ont dû chaque fois presser fortement le nerf contre l'os.

Tête et moelle épinière. La cavité arachnoïdienne contient un fluide séreux et sanguinolent. Les vaisseaux des membranes du cerveau, du cervelet, de la moelle épinière et de la moelle allongée sont très-engorgés.

Épanchement considérable entre la pie-mère et l'arachnoïde, surtout à la surface supérieure des hémisphères. Épanchement sanguinolent en dehors de la gaîne de la moelle épinière, là où elle correspond presqu'au milieu du thorax. Les plexus choroïdes livides par congestion; le ventricule contient un peu de sérosité rougeâtre; la substance du cerveau est très-dure et engorgée.

Abdomen. La vésicule du fiel contient beaucoup de bile. Les vaisseaux capillaires des intestins grêles sont en quelques endroits dans un état de congestion. Les intestins sont, en général, irrégulièrement dilatés et contractés; la portion transverse du colon et le cœcum sont très-dilatés; la partie inférieure de l'iléon et plusieurs parties des gros intestins sont contractés d'une manière irrégulière.

Le cas dont il s'agit était-il un véritable tétanos ou non? Si nous n'admettons l'existence d'un tétanos que lorsque la maladie présente certains caractères considérés comme pathognomoniques, ce cas, tout en offrant beaucoup de ressemblance avec le tétanos, a en outre présenté des caractères de dissemblance. La période où les symptômes spasmodiques commençaient à se déclarer (le septième jour, lorsque la plaie était en travail de granulation et même de cicatrisation), cette période, dis-je, est exactement celle qui est en général favorable au développement du tétanos traumatique. La raideur permanente des mâchoires, la difficulté d'avaler, et surtout l'expression particulière des traits du malade, n'étaient pas moins caractéristiques du tétanos. D'autre part, la manière dont les spasmes commençaient, savoir dans le membre blessé, leur progression graduelle vers la tête, l'absence de douleur dans l'épigastre et de raideur dans les muscles de l'abdomen, étaient autant de phénomènes différens de ce que nous observons d'ordinaire dans le tétanos. Vous ne verrez pas non plus dans le véritable tétanos cette circonstance que les spasmes et l'impossibilité d'avaler cesseront aussi longtemps avant la mort. Il n'y a pas non plus de quoi supposer que dans le tétanos un nerf irrité ou lésé soit la cause du mal, comme cela a eu lieu en effet dans le cas en question; aussi ne rencontrons-nous pas dans les individus morts d'un tétanos ordinaire un état du cerveau analogue à celui trouvé sur O'Neil.

Je vais maintenant vous donner lecture d'un cas, qui présente plusieurs points d'analogie avec le précédent.

IIe Obs. — Hagerty, journalier, âgé de 54 ans, entra à l'hôpital atteint de contusion et déchirement des parties molles qui recouvrent le gros orteil et d'une plaie à la partie antérieure de la jambe. La jambe avait été serrée entre un chariot et un pieu de lampe. Il avait perdu une grande quantité de sang et se plaignait de beaucoup de douleur, qui s'étendait en haut jusqu'à la jambe. Le neuvième jour les plaies étant en bonne suppuration et granulation, je fis appliquer le nitrate d'argent pour cautériser quelques fongosités. Cette opération sembla occasionner au malade de vives douleurs et lui arracha des cris et des plaintes.

10e *jour.* Il se plaignait encore de douleur, qu'il désignait comme s'irradiant du devant du pied et de la jambe, le long du mollet, la cuisse et le dos jusque dans le cou.

11e *jour.* Tiraillemens spasmodiques dans le membre, qui s'étendaient au tronc.

12e *jour.* Les spasmes dans le membre augmentaient de fréquence et d'intensité; le malade se plaignait de raideur dans les mâchoires, avec impossibilité de les ouvrir entièrement. Pendant les spasmes généraux, la tête et le tronc étaient renversés en arrière.

13e *jour.* Persistance et plutôt aggravation des mêmes symptômes.

14e *jour.* Les mâchoires étaient beaucoup plus immobiles et les muscles du cou et de l'abdomen très-raides. Les spasmes généraux, commençant dans le membre, ont été très-fréquens ce jour-là.

15e *jour.* Comme le 13e, il s'y joignait de la douleur à l'épigastre.

16e *jour.* Raideur des mâchoires augmentée; les spasmes étaient pourtant moins forts que le jour précédent. Léger abaissement de la paupière supérieure; douleur de l'épigastre moindre. Salivation commençante. (Le malade avait pris le calomel avec la poudre de Dower depuis le 12e jour.)

17e *jour.* Raideur du cou diminuée. Raideur de l'abdomen à peu près la même. Le malade avait eu depuis hier quatre légers paroxysmes.

19e *jour.* Spasmes beaucoup moins intenses et moins fréquens. Le système musculaire n'offrait guère de raideur. Sueurs abondantes. Le malade se plaignait de mal de cœur.

25e *jour.* Plus de spasmes. Salivation abondante. Il sort guéri le 16 mai, six semaines après son entrée.

Ce dernier cas a présenté quelques caractères de tétanos de plus que l'autre. Nous avons eu, chez Hagerty, de la raideur abdominale, de la douleur dans l'épigastre et des convulsions du tronc, pendant lesquelles le corps était renversé en arrière. D'autres symptômes observés chez O'Neil et qui ne sont pas moins pathognomoniques, ne se sont pas manifestés cette fois-ci; et parmi eux nous signalerons surtout l'absence de l'expression tétanique des traits de la face, si fortement prononcée chez O'Neil. L'observation de Hagerty m'a fait supposer que chez lui les symptômes étaient dûs à une inflammation ou à quelque état morbide du nerf péronier, comme chez le premier malade: que cette inflammation du nerf avait pris son point de départ à la face supérieure du gros orteil; que quelques branches de ce nerf, qui passaient à travers la plaie de la peau, ayant probablement été irritées par l'application du nitrate d'argent, l'inflammation se fût ensuite propagée le long du nerf sciatique jusqu'à la moelle épinière.

En combinant maintenant les symptômes observés sur ces deux individus, nous avons un tableau complet des phénomènes propres au tétanos. Nous avons en plus *un symptôme* qui n'existe pas dans le tétanos ordinaire, du moins d'après ce que ma pratique d'hôpital m'a appris pendant quinze ans. Je veux parler de l'affection spasmodique des muscles de la partie blessée, affection qui

marquait le début des spasmes généraux chez l'un et chez l'autre de nos malades. Dans le véritable tétanos, au contraire, c'est presque uniformément par la raideur des muscles, des mâchoires ou de la nuque, sans douleur et sans convulsions du membre, que l'affection débute. A l'appui de cette assertion, je rapporterai l'histoire de trois cas de véritable tétanos, observés dans cet hôpital.

Ire Obs. — Gannon, enfant sain et vigoureux, âgé de trois ans, est reçu à l'hôpital pour une plaie des tégumens, longue de 4 pouces, au côté externe de l'articulation du genou. L'articulation était intacte. L'enfant n'offrait alors aucun signe de dérangement général. La suppuration commença à s'établir le troisième jour.

7e *jour*. L'angle supérieur de la plaie rempli de granulations, l'angle inférieur de mauvais aspect. L'enfant est pâle et a l'air malade. L'agitation et la morosité augmentent pendant les deux jours suivans.

10e *jour*. L'enfant est incapable d'ouvrir la bouche; lorsqu'il veut boire, il survient aussitôt une légère convulsion accompagnée d'expression tétanique de la figure. Il conserve cependant encore la faculté de mouvoir les lèvres, et l'aspect tétanique de ses traits disparaît lorsqu'il dort. Pas de raideur, ni de la nuque, ni de l'abdomen. — *Soir*. La figure a maintenant le caractère tétanique, lors même que l'enfant dort. Les muscles de la nuque et de l'abdomen sont raides. La tête est renversée en arrière à chaque convulsion excitée par les tentatives qu'il fait pour boire, et lors même que l'enfant est tranquille, il est incapable d'exécuter un mouvement de la tête en avant. Les convulsions tétaniques deviennent de plus en plus intenses; la respiration devient laborieuse et stertoreuse; le malade succombe le douzième jour, à trois heures du matin.

IIe Obs.—Scully, âgé de onze ans, en sautant d'une hauteur sur un crochet mousse, se fait une profonde piqûre dans la plante du pied droit. — 2e, 3e et 4e *jours*. Accélération du pouls, agitation, douleur à la tête, sueur; langue chargée, nausées. — Amélioration pendant les trois jours qui suivent. — Le 8e *jour* : bâillemens fréquens, dont il se plaint lui-même.—Le 9e *jour*, il se plaint, le matin, d'une raideur dans la nuque et de difficulté dans la déglutition. La gorge est exempte d'inflammation. — *Midi*. Muscles des mâchoires raides. Le malade a beaucoup de peine d'ouvrir la bouche; lorsqu'il veut se mettre sur son séant, il sent une douleur à l'épigastre. Les muscles de l'abdomen sont légèrement raides. Expression tétanique de la figure.—*Soir*. Irritabilité de l'estomac: la boisson qu'il prend est rejetée. Paroxysmes convulsifs très-fréquens, dont chacun cependant ne dure que quelques secondes. Pendant les paroxysmes, les muscles du dos se contractent subitement. Chaque paroxysme est accompagné d'un mouvement rapide d'expiration et d'une augmentation de douleur dans l'épigastre. Dans les intervalles, la raideur des muscles de l'abdomen et du cou persiste. Le malade demande souvent à être assis dans son lit; à chaque essai pour le soulever, il devient, depuis la tête jusqu'aux pieds, raide comme une planche. Lorsqu'il veut boire, ce qu'il ne peut faire qu'étant assis, il est incapable de fléchir sa tête en avant et demande impatiemment à son père de la fléchir. La peau est moite; la face et la poitrine sont en transpiration, pouls à 120.

10e *jour*. Il a eu pendant la nuit un paroxysme toutes les cinq à six minutes; l'opisthotonos a été une fois d'une telle force, que le malade se jeta presque entièrement hors du lit. Le moindre effort qu'il fait, soit qu'il veuille se retourner ou faire une question, même tout bruit subit, provoque un paroxysme; les accès reviennent de trois à quatre minutes, lors même qu'il n'y a pas d'excitation; chacun cependant ne dure pas plus de quelques secondes.

Enfin, pour ne pas fatiguer votre attention par les détails de cette observation, qu'il vous suffise de savoir que la fréquence des paroxysmes ayant augmenté au point qu'en cinq minutes on en comptait dix, l'enfant succomba dans une convulsion, le cinquième jour après l'apparition des symptômes tétaniques. La mort fut précédée de grande dyspnée et de délire.

IIIe Obs. — Sadley, âgé de trente ans, ouvrier, d'une constitution robuste et saine, était atteint d'une luxation compliquée de trois doigts de la main droite dans leur articulation avec le métacarpe, produite par la pression de la main qui avait été serrée entre deux poutres de bois de construction. Les tendons des fléchisseurs étaient déchirés là où ils recouvrent les articulations, et les surfaces cartilagineuses étaient à nu. Une autre plaie se trouvait entre le pouce et le doigt indicateur. L'hémorrhagie était peu considérable. Le malade se plaignait d'une sensation d'engourdissement, mais pas de douleur. La lésion lui parut si peu de chose, que lorsqu'on lui proposa l'amputation, il ne voulut pas en entendre parler. — La suppuration commença le troisième jour. Ce ne fut que le huitième qu'il se plaignit de mal et de raideur dans les mâchoires et dans la gorge. Les amygdales semblaient enflammées et gonflées. Le soir il survint de la douleur à l'épigastre. Le neuvième jour, raideur dans les mâchoires et impossibilité d'ouvrir la bouche. Sueur abondante, répandue sur tout le corps. Il avait eu deux paroxysmes de convulsions. Pouls à 102; il ne se plaignait pas de douleurs. Il mourut dans la matinée du dixième jour, immédiatement après un accès de spasme. Depuis le soir du neuvième jour jusqu'au matin du dixième, les spasmes étaient revenus presque d'heure en heure; ils étaient devenus de plus en plus intenses; la face était presque noire pendant les accès; les muscles de la nuque et de l'abdomen étaient restés pendant la nuit entière dans un état de grande raideur; les spasmes, qui n'avaient duré au début qu'environ une minute, s'étaient ensuite prolongés pendant une minute et demie.

Je vous ferai observer en passant que ce cas de tétanos, fut un des plus rapides que j'aie vu, et dans lequel cependant l'intensité des symptômes n'a aucunement été en raison de la rapidité de la marche de la maladie. Le malade avait été mis sous l'influence du tartre stibié dès le début de son mal; le résultat que nous en avons obtenu ne m'encourage nullement de

tenter ce remède une seconde fois dans un pareil cas.

Dans aucun des cas que je viens de citer, et je pourrais grossir leur nombre de beaucoup d'autres du même genre, le membre blessé n'a fixé notre attention ni par des douleurs, ni par des spasmes, dont il eut pu être le siége. Cette circonstance à elle seule suffirait pour distinguer ces cas d'avec ceux d'O'Neil et de Hagerty, qui semblent ainsi constituer une variété particulière de cette maladie.

On a soulevé beaucoup de discussions sur la question de savoir *lequel des tissus intéressés dans la plaie, serait la cause immédiate du tétanos.*

L'opinion qui prédomine est celle qui attribue la maladie à des lésions des parties tendineuses. Des cas tels que ceux d'O'Neil et de Hagerty ne sont-il pas de nature à éclaircir ce point obscur de la pathologie? Si, par exemple, l'inflammation ou l'irritation d'un gros nerf est propre à influencer les centres nerveux de manière à produire un cortége de symptômes presque identiques à ceux d'un véritable tétanos, ne sommes-nous pas autorisés à supposer, par voie d'analogie, que le tétanos ordinaire est produit de la même manière? Lors même que nous ne découvrons pas toujours dans cette affection des lésions organiques dans les nerfs des parties blessées, rien ne justifie la conclusion, dans l'état imparfait de nos connaissances, que pour cela il n'existe pas de lésion. Et s'il est vrai, comme les recherches de Reid et autres semblent le prouver, que la cause immédiate du tétanos ait son siége dans la portion spinale du système nerveux, il y a plus de raison encore d'inférer que c'est une lésion plutôt du tissu nerveux que du tissu tendineux ou musculaire qui donne lieu à cette maladie.

Il est remarquable que les effets occasionnés par l'irritation d'un nerf sont toujours plus intenses quelques jours après l'accident qu'au moment même où il a lieu. Cette circonstance est en rapport avec les phénomènes présentés par le tétanos. Dans les cinq cas que je vous ai rapportés, ce fut du huitième au dixième jour après l'action de la violence externe que les symptômes nerveux se déclarèrent.

Vous trouverez dans les *Mémoires de Chirurgie militaire* du baron Larrey, beaucoup de faits qui, dans mon opinion, démontrent la probabilité qu'une lésion locale des nerfs soit la source immédiate du tétanos. C'est ainsi, par exemple, que cet auteur a souvent remarqué une connexion fort extraordinaire entre les symptômes tétaniques et la situation de la plaie qui les avait occasionnés. La plaie intéressait-elle les nerfs de la partie antérieure du corps, les symptômes étaient ceux de l'emprosthotonos; il y avait, au contraire, opisthotonos, lorsque la plaie se trouvait à la partie postérieure du corps; le tétanos était complet quand la lésion embrassait simultanément les deux classes de nerfs. Une autre remarque, faite par M. Larrey, est qu'en Égypte les plaies intéressant le trajet des grands troncs nerveux furent très-souvent suivies de tétanos.

M. Liston, professeur de chirurgie à l'université de Londres, a consigné dans le *Edinburgh medical and surgical Journal*, un cas de tétanos pour lequel il avait pratiqué l'amputation, qui fut suivie d'amélioration temporaire; l'examen du membre amputé fit voir que la branche du nerf médian, qui se rend au pouce, était déchirée dans les deux tiers de son épaisseur, et que son extrémité était enflammée et épaissie dans l'étendue d'environ un pouce. Après la mort du malade, on trouva dans le pli du bras le même nerf, présentant dans l'étendue d'à peu près deux pouces, un état vasculaire, mais sans épanchement et sans épaississement du névrilème.

M. Hennen, dans sa *Chirurgie militaire*, a mentionné le fait d'un homme mort de tétanos chez lequel il a trouvé à l'autopsie un épaisissement du nerf radial et une esquille osseuse qui s'y était enfoncée.

M. Larrey relate le cas du fils d'un général mort d'un tétanos consécutif à l'amputation; en examinant le moignon il trouva le nerf médian compris avec l'artère dans la ligature. Dans un autre cas, dont parle ce même auteur, il soupçonna que le tétanos était occasionné par la ligature du nerf crural; il éloigna la ligature, cautérisa le nerf, et le malade guérit.

Vous trouverez aussi dans le premier volume des *Recherches sur le cerveau*, etc., par Lallemand, le cas d'un soldat, âgé d'environ 38 ans, auquel on pratiqua la ligature de l'artère sous-clavière pour un anévrysme. Au moment où l'on serra la ligature, le malade éprouva une vive douleur dans le cou. Cette douleur diminua le lendemain, mais devint très-intense le quatrième et le cinquième jours. Dans la nuit du septième, perte de connaissance, immobilité des pupilles, respiration haletante et accélérée, pouls petit et irrégulier. Le huitième jour renversement de la tête en arrière par des spasmes; le malade succomba le soir du même jour. L'autopsie fit voir que la ligature de l'artère sous-clavière avait compris une branche du plexus brachial. Un abcès occupait le lobe postérieur de l'hémisphère gauche. Les vaisseaux de la substance cérébrale et ceux de la pie-mère étaient extraordinairement développés et les ventricules contenaient un peu de sérosité rougeâtre.

Les cas que je viens de citer, réunis à ceux que nous avons eu occasion d'observer nous-mêmes, suffisent, je pense, pour justifier notre conclusion qu'il existe une forme de tétanos due en grande partie et peut-être entièrement à quelque lésion d'un nerf. Considérant les différens résultats obtenus par le même mode de traitement dans différens cas de tétanos, nous sommes portés à croire que les auteurs ont confondu sous ce nom un grand nombre de maladies essentiellement différentes et exigeant des médications différentes. Ceci nous conduit du moins à expliquer d'une manière naturelle la différence qui existe dans les cas relatés.

Parmi les divers modes de traitement adoptés jusqu'ici il en est peu, dont les résultats soient plus dissemblables que ceux obtenus par l'amputation. En général, on ne pense guère à la faire. M. Larrey semble cependant en avoir obtenu des avantages, ainsi que de la division du nerf, qui se rend à la partie blessée. Je suis porté à croire que les cas de tétanos, où ce mode

de traitement pourrait être salutaire, appartiennent à la catégorie de ceux qui nous ont particulièrement occupés ; et je n'ai presque pas de doute que si dans le cas d'O'Neil l'amputation avait été faite à temps, ou que l'extrémité aiguë et irritante du péroné eût été éloignée ou que le nerf blessé eût été divisé dans un point de son trajet, la vie de cet individu aurait pu être sauvée.

Si des recherches ultérieures venaient confirmer nos suppositions sur cette forme spéciale de tétanos, qui indiquerait l'amputation ou la division du nerf, nous serions aidés dans notre diagnostic par la considération de la situation et de la partie, d'où les spasmes prennent leur point de départ. Nous regrettons de n'avoir pas pris note dans les cas que nous avons observés, de la situation dans laquelle les spasmes ont commencé. Richerand dit avoir quelquefois observé dans des plaies qui menaçaient le tétanos, qu'une extension permanente du membre pendant le sommeil se manifestait souvent avant tous les autres symptômes. Ces cas appartiennent-ils à la classe des affections ténaniques dues à la lésion de nerfs? C'est ici qu'il faut probablement rapporter trois cas de tétanos observés par sir Gilbert Blane, où, dans deux cas, les symptômes affectèrent le côté du corps correspondant à la plaie, tandis que dans le troisième cas ils furent accompagnés d'une sensation presque agréable dans la partie blessée.

S'il existe une forme de tétanos due à la lésion d'un nerf, il est évident d'après les résultats de l'autopsie d'O'Neil et d'après les recherches de Lallemand que dans ces cas l'opération ne peut être utile que lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure et avant que la maladie se soit étendue de manière à donner lieu à l'inflammation des centres nerveux. Et cela est en parfaite harmonie avec le précepte, donné par Larrey, de faire l'opération avant que l'inflammation ne se soit développée.

L'emploi du mercure a souvent paru utile dans le tétanos ; ses effets ont été indubitables dans le cas de Hagerty, où nous avons pu nous convaincre de la connexion entre l'amélioration des symptômes tétaniques et le commencement de la salivation. Reste à l'expérience de constater si le traitement mercuriel convient spécialement à la variété du tétanos qui dépend de la lésion d'un nerf.

(*The Lancet*, 27 février 1836.)

Leçon clinique sur les effets de l'hydriodate de potasse dans les affections fongueuses et cancéreuses ; par le même.

Vous avez chez le nommé Keogh, mort dernièrement dans la salle 6, un exemple d'une des affections les plus malignes, auxquelles notre organisation est sujette ; et vous avez pu vous convaincre de la marche insidieuse de ce genre de maladies, de la difficulté qu'il y a de les distinguer à leur origine et des suites funestes qui peuvent résulter d'une erreur commise à cet égard. Mais ce qui ajoute singulièrement à l'intérêt de ce cas, c'est l'influence que l'hydriodate de potasse, agent que nous ne connaissons que depuis peu d'années, a semblé exercer sur cette affection. Je pense en général qu'on est encore loin d'apprécier les vertus de ce remède comme il le mérite, et peut-être par la raison même qu'on ne comprend pas bien la manière de l'administrer. Je ne serai pas embarrassé de vous en fournir les preuves dans mes leçons cliniques sur les maladies vénériennes, où je vous ferai connaître les résultats de trois années de recherches cliniques sur les vertus de cet agent dans la syphilis.

Imaginez-vous une tumeur, ressemblant à la tête d'un immense chou-fleur, qui occupe l'aîne droite, et une autre plus petite à côté du penis, et celui-ci même ainsi que le scrotum considérablement augmentés en volume, et vous aurez une idée du siége, de l'étendue et de la forme des parties malades, auxquelles nous avions affaire. La tumeur dans l'aîne, d'une forme arrondie ou ovale, longue de sept pouces et large de cinq, s'étendait de deux pouces au-dessous de l'épine de l'ilium jusqu'à la face antérieure du pubis, et de trois pouces au-dessus jusqu'à deux pouces au-dessous du ligament de Poupart. Sa surface irrégulière et bosselée présentait, des dépressions et à sa partie moyenne, une excavation plus profonde d'où suintait toujours une certaine quantité d'un liquide ténu, limpide et jaunâtre. Ce fongus s'élevait dans bien des endroits trois pouces au-dessus de la peau environnante. Sa surface était blanchâtre, interrompue par des plaques d'un rouge brunâtre, d'un rouge pâle et d'un rouge plus clair. Quelques-unes des plaques brunes étaient molles et élastiques au toucher. Celles, qui étaient plus rouges, offraient plus de résistance ; plusieurs parmi les taches blanchâtres se distinguaient par une teinte jaune, surtout au centre de la tumeur et semblaient avoir moins de vitalité que les autres parties. La sécrétion qui était fort copieuse, était en partie séreuse ou ichoreuse, et en partie purulente. Cette différence de la matière sécrétée semblait tenir à son origine, le fluide épais et purulent suintant de la surface du fongus et le fluide ichoreux provenant du bord de la peau et du tissu sous-cutané sous-jacent. Les tégumens se trouvaient tellement surmontés par les parties latérales de la tumeur qu'il ne restait qu'un espace à côté du pubis, où il fut possible de distinguer le bord de la peau, qui entourait le col de la masse fongueuse. Les granulations qu'on y remarquait étaient d'assez bon aspect, et semblaient sécréter une matière purulente. La peau, dans l'étendue de plusieurs pouces sur le côté externe ou droit de la tumeur, présentait des stries d'un pourpre foncé. Partout ailleurs la peau était d'apparence saine, sauf dans la région intermédiaire de la tumeur, du pénis et du scrotum, où elle était livide et fort épaissie.

Le fongus du pénis, situé à sa partie inférieure et à droite, n'avait pas moins de trois pouces de diamètre. Tout à fait analogue, tant sous le rapport de sa forme que de sa couleur, à la grosse tumeur de l'aîne, il était plus pâle, de consistance plus solide, arrondi et offrait une surface irrégulière avec de nombreuses dépressions

d'un petit volume, plus creuses à leur centre, et remplies d'un fluide limpide et ichoreux.

Les tégumens du pénis présentaient deux autres parties, altérées de moindre volume; l'une sur le côté droit de la grosseur d'un gros pois, d'apparence blanchâtre et pulpeuse, et assez élevée; l'autre à gauche et du diamètre d'un liard; une partie de sa surface était sphacélée, tandis que le reste était couvert de granulations de bonne nature. Cette plaque morbide se continuait d'un côté avec la grande tumeur du pénis; mais dans tout le reste de sa circonférence elle était circonscrite par une peau de couleur saine et s'élevant en une sorte de rebord, dont l'épaisseur diminuait à mesure qu'il s'approchait de l'ulcère même.

Les tégumens du pénis et du scrotum étaient fort épaissis et de couleur cramoisi, entremêlée d'une teinte livide. Le scrotum, pendant et flasque, se trouvait constamment humecté de la matière sécrétée par les masses fongueuses. Le cordon spermatique du côté droit (c'était le côté affecté) avait la grosseur du doigt. Hors l'écoulement provenant des surfaces de la tumeur, et de leur circonférence, une grande quantité de pus suintait d'une fente que l'on remarquait à la face antérieure du scrotum et de l'orifice du prépuce gonflé.

Le malade était très-pâle et amaigri; son pouls à 100 et très-faible. Les paroxysmes de fièvre suppurative étaient bien prononcés et commençaient chaque soir à neuf heures par un frisson, auquel succédait de la sueur, le plus souvent partielle, à la tête et la poitrine. La respiration était bonne; le malade ne toussait pas. Toutes les autres fonctions se faisaient régulièrement. La masse morbide, et la peau environnante n'étaient guère sensibles; cependant le malade gémissait toujours comme s'il souffrait beaucoup: ce qui l'incommodait le plus, d'après son dire, c'était un malaise sourd, et quelquefois interrompu par une douleur lancinante qui traversait les parties.

Le malade était entré à l'hôpital depuis environ dix jours, avant que je me chargeai de son traitement. Alors, me dit-on, les tumeurs n'avaient pas encore la moitié du volume qu'ils avaient lorsque je le vis pour la première fois la peau, qui entourait la tumeur de l'aîne était livide, très-sensible et sillonnée d'une foule de veines variqueuses, dispersées dans sa texture; la surface de la tumeur était insensible, tuberculeuse et ressemblait beaucoup par rapport à sa forme, a un paquet d'hydatides. Le bord de la peau était tellement surmonté par le fongus que la maladie semblait plutôt avoir son siége dans le derme que dans les parties sous-cutanées; ne ressemblant ni à un fongus hémathodes, ni à un cancer, il avait l'apparence de cette espèce de fongus qui prend souvent son origine d'un testicule affecté d'inflammation chronique et de suppuration.

D'après les renseignemens que j'ai pris sur les antécédens du malade, il avait toujours joui d'une constitution parfaitement saine et sa santé n'était dérangée que depuis seize mois (il était alors âgé de trente ans). La seule affection vénérienne, qu'il avait contractée il y a cinq ans, n'avait été suivie d'aucun symptôme de syphilis secondaire; depuis ce temps il s'était marié, son genre de vie avait été fort régulier; jamais il n'avait communiqué à sa femme aucune maladie, quoiqu'il eût continué de cohabiter avec elle longtemps après que cette dernière maladie avait commencé à se manifester. Il y a à peu près seize mois qu'on observa au côté droit de la surface interne, du prépuce près de la couronne du gland, un petit ulcère élevé ou un porreau livide et spongieux, auquel en succéda bientôt un autre semblable et situé très-près du premier. Ils se réunirent en peu de temps. Comme ils n'étaient pas douloureux, le malade n'y fit pas d'attention et ils ne firent pendant environ sept mois, que peu de progrès. A cette époque il éprouva une forte secousse par suite d'une chute de cheval. Peu de temps après cet accident, il s'aperçut d'une petite glande dure dans l'aîne droite qui, peu à peu, acquit le volume d'un œuf de pigeon. Après avoir fait usage de quelques remèdes, qui étaient restés sans effet, il entra dans un hôpital. Là on le soumit à un traitement mercuriel; il s'en suivit de l'inflammation et un phimosis; la tumeur de l'aîne s'agrandit et devint rouge, à la surface externe du prépuce enflammé; vis-à-vis du porreau sus-mentionné, se forma un ulcère, d'où s'éleva rapidement une masse fongueuse. La tumeur de l'aîne acquit bientôt après le volume d'un œuf d'oie et se ramollit.

Le traitement auquel on soumit le malade dans notre hôpital, immédiatement après son entrée, consista en des cataplasmes à l'extérieur, et dans l'usage interne de la créosote. Le résultat de ce traitement fut évidemment nul; l'affection avait augmenté du double dans toutes ses dimensions et la fièvre hectique allait en croissant.

Voilà un de ces cas, messieurs, où nous nous demandons avec anxiété s'il reste encore quelque chose à faire; où l'emploi de tout remède, quelque héroïque ou empirique qu'il soit, est justifié, dès qu'il nous donne une lueur d'espoir de sauver notre malade; où nous avons le droit de recourir à un dernier essai avec des remèdes dont nous connaissons la vertu d'affecter l'économie à un tel degré que leur action puisse même s'étendre sur des désorganisations considérables. Combien de fois ne sont-ce pas là les seules indications qui nous déterminent à faire usage du mercure et de l'arsenic! Le succès remarquable, qui avait couronné les expériences dont je m'occupe depuis longtemps sur l'usage de l'hydriodate de potasse, m'encouragea à en faire l'essai dans le cas en question, sans que j'osasse en espérer le moindre effet. Le malade prit cette substance à la dose à laquelle je suis habitué de l'administrer, savoir, sept grains, trois fois par jour dans une dissolution aqueuse. Il commença le 9 octobre. Le 12, il se manifesta un changement très-sensible dans l'expression de ses traits; la figure était calme en comparaison de ce qu'elle avait été. La nuit avait été meilleure et la douleur dans les parties malades avait diminué de beaucoup. Pouvait-on attribuer ces changemens à l'action de l'hydriodate de potasse? On continua le même traitement. Le 18 (neuf jours après qu'il avait commencé à prendre l'hydriodate de potasse) le malade se

plaignît de mal de gorge, qui avait augmenté le 20, sans qu'on pût découvrir quelque chose dans le gosier. Comme c'était probablement la conséquence de l'action de l'hydriodate de potasse, on en fit discontinuer l'usage et on ordonna une potion avec du sulfate de quinine. Les tumeurs semblaient être un peu diminuées; mais ce qui était plus évident, c'était le changement, qui s'était opéré dans l'apparence de leurs surfaces; devenues plus sphacéleuses et plus friables, on pouvait en détacher des morceaux à l'aide des pinces. L'urine du malade était chargée d'hydriodate de potasse.

Le 24 octobre, quinze jours après que le malade avait commencé le traitement, nous observâmes un changement dans l'état de la tumeur, dont nous ne fûmes pas peu surpris. La tumeur n'avait plus que la moitié de son volume primitif et sa surface tombait rapidement en morceaux. Il n'y avait ni douleur dans la partie affectée, ni inflammation dans les parties environnantes. Le malade ne se plaignait plus de cette sensation sourde, interrompue par des douleurs lancinantes; il paraissait d'un calme parfait; il reposait fort bien pendant la nuit; l'appétit continuait de se conserver; enfin le changement était tellement remarquable, que je me laissai presque aller à l'illusion de croire à la possibilité du rétablissement de ce malade. Il recommença l'usage de l'hydriodate de potasse, mais seulement à des demi-doses; et afin de prévenir le retour du mal de gorge, dont il se plaignait tant et qui avait cédé, pour ainsi dire, en quelques heures à la quinine, on lui fit continuer en même temps la potion dans laquelle entrait ce médicament.

Sous l'influence de ce traitement, le volume des tumeurs fongueuses continua à décroître, leur partie moyenne se sphacéla plus vite que leur circonférence, et la masse morbide de l'aîne prit tout à fait les caractères d'un ulcère carcinomateux ordinaire. Mais nonobstant le calme et l'appétit du malade, sa faiblesse devenait plus marquée, son pouls s'affaiblissait et devenait filiforme; et il semblait que les dimensions de l'altération locale et les forces du malade marchaient de pair en diminuant.

Le 10 novembre, jour jusqu'auquel il avait continué l'usage de l'hydriodate de potasse, la masse fongueuse avait disparu en différentes parties, et la surface y avait pris l'aspect d'un ulcère phagédénique, sans qu'on distinguât cependant aucune trace d'inflammation dans les parties environnantes et sans que le malade se plaignît de douleur.

L'usage de l'hydriodate de potasse fut alors discontinué; on le remplaça par le sulfate de quinine et on pansa les surfaces malades avec un onguent composé d'élemi et de térébenthine.

Le 22 novembre on ne voyait plus de trace des masses fongueuses; on aurait dit que le pénis avait été amputé net entre le fongus et la partie saine. Il n'y avait ni gonflement, ni rougeur au pénis et au scrotum. Le volume et l'inflammation de ces parties avaient disparu en même temps que la tumeur diminuait. La masse fongueuse de l'aîne avait également disparu et avait été remplacée par une excavation profonde et noire de la grandeur d'une assiette.

Le dépérissement du malade faisait des progrès rapides; la figure cependant conservait toujours encore l'expression de calme; le pouls devenait presque imperceptible; on ne distinguait guère le son de sa voix, et il se plaignait de la gorge. Quatre jours après, le 30 novembre, il expira sans soupir et sans plainte.

Autopsie, six heures après la mort. Amaigrissement extrême; pas d'œdème des extrémités inférieures. La transparence et le peu d'épaisseur de la peau, qui recouvre les bras et le thorax fait apercevoir les muscles sous-jacents et donne ainsi à la surface l'apparence d'un commencement de putréfaction. Les membres inférieurs sont légèrement raides; les muscles de la partie supérieure du corps n'offrent point de rigidité.

La surface malade, qui a son centre dans l'aîne, est longue de sept pouces et large de six. Elle est couverte d'une couche épaisse de matière brune et mollasse, qui se laisse facilement enlever par le dos du scalpel. En grattant ainsi cette bouillie, on a en même temps enlevé une portion de la paroi antérieure de la veine fémorale. La surface interne de cette veine, dans l'étendue d'un pouce au-dessus et au-dessous de cette partie présente la même couleur brune foncée que la masse pultacée qui couvrait la surface malade; le tissu de la veine est ramolli. Dans cet endroit et encore quelques pouces au-dessus et au-dessous, la veine est en partie remplie d'un caillot privé de matière colorante partout où le vaisseau est décoloré, tandis qu'au-dessus et au-dessous de cette partie altérée de la veine le caillot ne diffère pas en couleur des caillots ordinaires. L'artère fémorale paraît saine, quoique les parties qui la recouvraient ne sont guère moins malades et ramollies que celles qui couvraient la veine. Le tissu cellulaire des parties latérales et postérieures de ces vaisseaux, divisés par le scalpel, a un aspect cartilagineux. Le nerf fémoral ne présente pas d'apparence morbide. L'expansion aponévrotique du muscle oblique externe et le fascia-lata, qui se trouvent à découvert au-dessous de cette masse brune et molle, sont ramollies dans leur texture. Cette immense surface malade ne semble, pour ainsi dire, pas avoir de base, ou, en d'autres termes, les parties sous-jacentes et plus profondes ne paraissent pas altérées. L'extrémité du pénis est couverte de la même matière molle et pultacée qu'on voit dans l'aîne. En enlevant cette matière, on découvre l'orifice de l'urètre et les extrémités des corps caverneux ramollies, mais sans la moindre apparence d'épaississement ou de travail inflammatoire précédent. Le cordon spermatique droit se trouve complétement isolé de ses adhérences depuis l'épididyme jusqu'à l'anneau inguinal externe; ses enveloppes sont fermes et épaisses, mais ses nerfs et ses vaisseaux constituans paraissent sains. Les deux testicules aussi paraissent sains, malgré que l'altération de l'aîne droite se soit étendue jusqu'au côté droit du scrotum. Les glandes lymphatiques de l'aîne gauche sont très-légèrement grossies, sans que leur dissection montre d'autre altération digne d'être notée. Les glan-

des iliaques et lombaires, ainsi que les autres glandes lymphatiques du corps sont exemptes d'altération.

Tous les viscères sont excessivement anémiques. Le sang est partout d'une sérosité telle qu'il est presque sans couleur. Toutes les membranes séreuses sont sèches et gluantes au toucher ; un léger épanchement sous-arachnoïdien se trouve cependant dans la tête. Le péricarde contient la valeur d'une cuillerée à dessert d'une sérosité jaune ; et la même quantité se trouve dans la poche pelvienne du péritoine. Les organes internes ne présentent pas d'autre altération. Les poumons sont considérablement affaissés. Une petite quantité d'urine, trouvée dans la vessie, contient des traces d'hydriodate de potasse ; on n'en découvre pas dans la sérosité de l'arachnoïde, du péricarde ou du péritoine.

Réflexions. Je viens de vous rapporter tous les détails qui sont venus à ma connaissance concernant ce cas intéressant. Je serais embarrassé de répondre à la question; quelle fut la nature de cette affection? Etait-ce un fongus hématodes? Etait-ce un cancer? Etait-ce une maladie combinée de l'une et l'autre de ces affections? Ou était-ce une maladie d'une nature particulière? Quelques médecins, qui ont vu ce cas, l'ont considéré comme cancer; d'autres l'ont pris pour un fongus hématodes;enfin d'autres considéraient l'affection comme analogue au lipôme du testicule. Sous quelques rapports elle ressemblait au cancer, sous d'autres au fongus et sous d'autres encore elle différait de l'une et de l'autre de ces altérations.

Mais ce qui est plus important sous le rapport pratique, c'est le diagnostic de cette affection à la période de son début, et le changement qui eut lieu pendant que le malade ait trouvé sous l'influence de l'hydriodate de potasse.

Personne ne doutera qu'au début de l'affection plus d'un médecin s'y est trompé et l'a prise à tort pour un mal vénérien. Il n'y a là rien qui m'étonne, quand je me rappelle combien il nous manque en général des notions précises et scientifiques concernant les phénomènes externes des maladies vénériennes. En effet, qui niera qu'avec les notions qui prévalent aujourd'hui, on ne soit tenté de prendre pour syphilitique tout ulcère du pénis, et surtout lorsqu'il est compliqué d'une tumeur dans l'aîne !

Le changement extraordinaire, qui eut lieu dans le cas de Keogh, n'était-ce qu'une conséquence naturelle des progrès de la maladie ou était-ce le résultat de l'action d'un remède, dont nous ne connaissons pas encore toutes les vertus? Je suis porté à croire que ce changement dans l'état du malade était dû aux effets de cet agent puissant. Témoin de pareils effets dans un grand nombre de cas, je n'en suis pas surpris dans cette occurrence. Vous voyez dans ce moment encore une femme, couchée dans la salle n° 8, avec toute la surface du corps parsémée et couverte d'enfoncemens et d'excavations ulcéreuses, dont elle a souffert depuis nombre d'années et pour lesquelles elle a passé presque par tous les hôpitaux de Dublin. Allez vous convaincre des changemens que l'agent dont nous parlons a provoqués dans son état, et sur lesquels je me propose de revenir dans une autre occasion. Une raison de plus, qui parle en faveur de mon opinion, est que le changement dans la maladie de Keogh a été tout à fait synchronistique avec l'action du remède ; le fongus commença à se fondre aussitôt que l'économie fut imprégnée de l'hydriodate de potasse. Enfin, en dernier lieu, le mode de destruction dans ce cas différa totalement de ce qui a ordinairement lieu dans les maladies fongueuses malignes ; la destruction s'opéra simultanément dans toutes les parties de la surface malade, tant à l'aîne qu'au pénis ; elle s'opéra graduellement et ressemblait plutôt à un travail de ramollissement qu'à une sphacélisation des masses morbides.

Mais si réellement le changement était dû à l'action de l'hydriodate de potasse (et telle est mon intime conviction), quel vaste champ d'espérances et de recherches ne s'ouvre pas pour nous par rapport au traitement de ces affections malignes ! Aussi ne perdrai-je aucune des occasions favorables qui se présenteront, pour poursuivre mes recherches sur ce sujet. Déjà se trouve depuis quelques jours dans la salle n° 8, une femme, nommée Marie Hudson, atteinte d'un ulcère très-étendu et malin du sein, compliqué de gonflement des glandes de l'aisselle. Si nous ajoutons foi à ce que la malade nous assure elle-même, et l'aspect de la partie affectée vient pleinement confirmer sa déposition, elle aurait souffert l'impossible depuis deux ans avant son entrée à l'hôpital. Ce cas m'ayant paru propre pour essayer le même traitement qui a été adopté pour Keogh, j'ai ordonné à cette femme l'hydriodate de potasse, il n'y a que quelques jours, et déjà les douleurs dont elle se plaignait, ont diminué de beaucoup. Nous verrons sous peu de temps, si nous devons attribuer ce changement à l'action de ce remède. (*The Lancet*, 5 mars 1836.)

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Sur le diagnostic physique des maladies des valvules du cœur; Mémoire lu à la société de Harvey, le 1 février 1836, par Ch. J. B. Williams.

Il est peu de parties de la médecine pratique auxquelles la pathologie moderne ait fait faire plus de progrès que les maladies du cœur. Personne n'ignore cependant l'état d'imperfection où se trouvent encore nos connaissances sur ce sujet nonobstant tous nos efforts, et jusqu'ici nous n'avons guère atteint autre chose qu'une base solide pour des recherches futures. Convaincus que nous sommes maintenant de la fréquence des affections idiopathiques du cœur, nous ne saurions nous refuser à admettre la haute importance de leurs signes; mais ce serait limiter à tort la valeur des signes physiques des affections du cœur que de circonscrire leur application utile dans le cercle des affections idiopathiques de cet organe. Ces signes, dûs aux modifications qu'éprouvent les propriétés physiques du cœur et des artères dans l'accomplissement de leurs fonctions, pourront subir des changemens chaque fois qu'une cause quelconque exerce son influence sur le cœur et les artères, d'une manière idiopathique ou sympathique; l'auteur de ce mémoire avance l'opinion que souvent il suffit de comparer les résultats de l'exploration physique du cœur et des artères avec le pouls, pour nous former une idée plus positive de l'état de la circulation que nous ne le pourrions par un autre moyen quelconque, idée qui nous met immédiatement sur la voie pour établir un diagnostic certain et faire le choix d'un traitement approprié.

Voilà encore un nouveau champ à explorer, que l'auteur n'indique pour le moment que pour engager les praticiens à de recherches suivies. Qu'on se donne la peine d'examiner avec le sthétoscope une demi-douzaine de malades de différentes constitutions et atteints de différentes affections, surtout de nature opposée, telles que des maladies sthéniques et asthéniques, cachectiques et pléthoriques, nerveuses et inflammatoires, et on apercevra de suite certaines différences dans le degré, la proportion et le caractère de la force des bruits du cœur, dans la nature et l'étendue de l'impulsion de cet organe et des artères; et dans l'intervalle entre la systole ventriculaire et le pouls radial; différences qui sont tellement marquées qu'on est forcé d'admettre l'existence de signes physiques particuliers. De quelle valeur ne doivent pas être ces signes dans le diagnostic et le traitement des maladies, surtout de celles à caractères équivoques? L'auteur n'a pas l'intention d'aborder prématurément cette partie du diagnostic, aussi longtemps qu'il reste encore tant à faire sous le rapport du diagnostic plus simple des maladies évidemment organiques du cœur; ce n'est qu'en passant qu'il a voulu saisir l'occasion de faire remarquer les avantages que l'étude de l'auscultation peut encore offrir par la suite pour la médecine pratique. Le présent mémoire est destiné à répandre, à l'aide de quelques observations, faites au lit des malades, des lumières sur les bruits du cœur à l'état de santé et à l'état de maladie.

Au premier abord il pourrait paraître peu conséquent d'établir une distinction entre les différentes formes d'affection des valvules, à cause que leur caractère général et leur traitement se ressemblent beaucoup. Il est cependant loin d'en être ainsi, surtout dans le début des lésions organiques des valvules. L'utilité d'une telle distinction se fait encore mieux sentir, lorsqu'on considère que sans elle nous ne saurions souvent reconnaître une maladie organique d'un désordre simplement fonctionnel, et que nous confondrions quelquefois les signes d'anciennes lésions de structure avec les indices caractéristiques d'une péricardite commençante. Le bruit de cuir, par exemple, signe propre à la péricardite, ne ressemble pas mal quelquefois à certains murmures valvulaires, et souvent il faut le concours et la connaissance d'autres caractères diagnostiques, pour pouvoir distinguer le bruit valvulaire d'un autre genre de bruit. Les cas suivans, observés pour la plupart à l'hôpital de Saint-Georges, feront ressortir les seuls signes physiques, reconnus jusqu'ici par l'auteur, comme offrant quelque degré de certitude pour le diagnostic.

Maladies des valvules aortiques.

Ire Obs. Wm. Watson, âgé de 45 ans, ouvrier, sujet à des rhumatismes, a souffert de palpitations depuis plus de six ans. Il se plaint, au moment de son entrée à l'hôpital (9 novembre), de palpitations violentes, augmentées surtout dans la marche ascendante ou lorsqu'il fait des mouvemens rapides; de toux, de dyspnée pendant les paroxysmes et de maux de cœur. Ses jambes se sont enflées depuis les dernières cinq à six semaines. De temps à autre il souffre aussi d'angine, qui l'attaque surtout durant la nuit. Pouls à 72, plein et vibrant, mais régulier.

Les pulsations du cœur sont accompagnées d'un double bruit de scie. Le premier bruit de scie accompagne l'impulsion et s'entend distinctement et brusquement à l'extrémité du sternum; au-dessous de ce point et vers la gauche il est plus sourd. Le second bruit naturel est remplacé par un sifflement, qu'on entend le mieux à l'extrémité inférieure et à gauche du sternum.

Diagnostic (fait et inscrit par M. Williams en présence de plusieurs élèves et d'autres personnes). *Affection des valvules aortiques avec obstruction et régurgitation; probablement altération des membranes de l'aorte ascendante. Cœur hypertrophié.* Peut-être maladie des

valvules pulmonaires (?). Le malade expira le 26 novembre d'une mort soudaine dans le cabinet d'aisance. — *Autopsie, faite le 28 novembre.* Un peu de fluide sanguinolent dans le péricarde. Cœur fortement hypertrophié, surtout le ventricule gauche, dont les parois ont l'épaisseur d'un pouce et la cavité le double de son volume ordinaire. L'orifice aortique est ossifié à la racine de ses valvules. Les bords libres de deux valvules aortiques sont très-épaissis et raccourcis; le bord de la troisième valvule l'est moins; les valvules ne peuvent guère fermer l'orifice. L'aorte ascendante est un peu dilatée et parsemée de fragmens fibro-cartilagineux, dont quelques-uns contiennent déjà des lames osseuses. Parmi ces fragmens il y en a un volumineux, qui fait saillie de l'origine de l'artère coronaire dans la cavité du cœur même; les autres valvules sont saines.

IIe Obs. — John Hetcher s'était toujours bien porté lorsque, il y a neuf semaines, en s'exposant au froid après s'être échauffé, il se trouve saisi de frissons et de douleurs générales, surtout à la poitrine, pour lesquelles il est saigné. Depuis lors il est resté court d'haleine, se plaint de dyspnée et crache de temps à autre du sang. Les jambes sont très-enflées; le foie est volumineux; le malade est sujet à des vomissemens bilieux. Toute la région cardiaque offre à la gauche du sternum un son mat à la percussion. Les bruits naturels du cœur sont remplacés par un fort bruit de scie double, qu'on entend le plus distinctement en haut du sternum. On distingue ce même bruit dans les carotides.

Diagnostic (30 juin). *Maladie des valvules aortiques avec régurgitation; probablement dilatation de la crosse de l'aorte* (maladie des valvules pulmonaires?) L'étendue de la matité du son à la percussion, faisait supposer l'existence de quelque épanchement dans le péricarde.

2 *Juillet.* Dans un accès de palpitations on trouve le cœur agité de mouvemens violens; le pouls des carotides est tumultueux. Chaque pulsation consiste en une première impulsion avec bruit de scie, auquel succède un second bruit analogue et qui enfin est suivi d'une seconde impulsion avec un bruit brusque. Alors succède un court intervalle. Le pouls radial est faible et se distingue par une seconde pulsation plus faible et intermédiaire, qui correspond à la seconde impulsion du cœur. Cette double pulsation semble tenir à la régurgitation du sang de l'aorte, qui, en stimulant le cœur à se contracter une seconde fois, occasionne un second bruit de scie. Ce paroxysme passa rapidement et les pulsations redevinrent simples et régulières, quoique encore accélérées et accompagnées d'un bruit de scie sans autre bruit naturel.

6 *Juillet.* Pulsation dans les veines jugulaires, surtout du côté droit. On ajoute au diagnostic antérieur : *Dilatation du ventricule droit.* Le malade mourut le lendemain.

Autopsie cadavérique, faite le 8 juillet.—Œdème considérable des extrémités inférieures, s'étendant jusqu'à l'abdomen. Cœur plus que double de volume et présentant une surface plane, longue de quatre à cinq pouces et large de trois pouces, qui se trouve en contact avec les parois antérieures du thorax. (De là la matité du son à la percussion.) Ventricule et oreillette droits très-dilatés; les parois de cette dernière très-minces. L'orifice auriculo-ventriculaire droit présente assez d'espace pour laisser passer trois doigts. Les centres membraneux des valvules tricuspides sont épaissis et présentent un dépôt jaune, qui n'est pas tout à fait aussi dur que du cartilage. Le ventricule gauche est dilaté et offre presque le triple de sa capacité ordinaire; ses parois ont 1/2 pouce d'épaisseur à la pointe et 1 1/4 de pouce à la base. Les colonnes charnues sont fort agrandies et forment un contraste remarquable avec les cordes tendineuses filiformes, qui ont l'apparence plus effilée que d'ordinaire. Les portions membraneuses et les bords des valvules mitrales sont épaissies et renferment une substance presque cartilagineuse; ces valvules sont cependant grandes et mobiles et semblent suffisantes pour fermer leur orifice. L'orifice aortique a plus de trois pouces de circonférence à la racine des valvules; l'une de ces dernières est large. les deux autres sont considérablement plus petites et doivent avoir favorisé la régurgitation. Toutes les valvules sont épaissies, sur la grande on aperçoit deux petits corps saillans, de la même nature fibro-cartilagineuse que le tissu épaissi des valvules. L'aorte est très-dilatée depuis son origine jusqu'au commencement de la portion descendante; ses membranes sont épaissies et parsemées de squames osseuses, dont quelques-unes font légèrement saillie dans l'intérieur de l'artère. Les valvules pulmonaires sont minces et aussi larges que la plus large des valvules aortiques; elles semblent être tout à fait suffisantes pour fermer l'orifice qui a 2 3/4 pouces de circonférence interne. Les poumons présentent quelques vestiges d'apoplexie pulmonaire.

IIIe Obs. — Guillaume Grégory, âgé de 36 ans, cordonnier, dit s'être toujours bien porté, lorsqu'il fut saisi, il y a environ onze semaines, d'une mauvaise toux, de gêne dans la respiration et de douleur dans la poitrine. Le 3 décembre, les matières expectorées sont fortement teintes de sang; les jambes sont enflées: pouls à 96, plein et fort, mais fuyant immédiatement sous la pression des doigts; impulsion du cœur étendue, sans être brusque. On entend un double bruit de scie qui est plus distinct dans le milieu du sternum et qui accompagne la systole et la diastole des ventricules. Le premier bruit de scie, brusque et sourd, s'entend dans les artères carotide et sous-clavière, le second bruit de scie, qui est superficiel et sifflant, occupe le milieu et la droite du sternum; le second bruit naturel s'entend difficilement.

Diagnostic (écrit le 3 décembre). *Affection des valvules aortiques, avec régurgitation et obstruction; probablement maladie* (dilatation?) *de l'aorte ascendante; hypertrophie et dilatation* (?) *du ventricule gauche.*

7 *Décembre.* Les pulsations sont maintenant irrégulières; chaque troisième pulsation est plus faible et accélérée. Les bruits sont à présent triplés (une seconde action systolique étant occasionnée par la régurgitation de l'aorte, comme dans le cas de Hetcher). La respiration s'embarrasse de plus en plus, et le malade meurt le 14.

Autopsie le 16 *décembre.* — On trouva une plaque blanc rougeâtre de lymphe à la pointe du cœur, au-dessous de l'enveloppe péricardiaque ; la substance musculaire y était de couleur plus foncée. Le ventricule gauche hypertrophié ; il avait en certains points un pouce et à son sommet trois-quarts de pouce d'épaisseur. Sa cavité était un peu retrécie et alongée. Les valvules aortiques étaient fortement altérées. Le bord libre de l'une d'entre elles et d'une portion de l'autre s'était séparé de leurs corps et avait formé une espèce de corde étendue à travers l'orifice de l'aorte. Les portions membraneuses qui auraient dû être attachées à ce bord, étaient refoulées dans le ventricule et laissaient un libre passage au réflux du sang. Les portions déchirées étaient inégales, très-fragiles et alongées par des végétations molles et rouges ; une de ces portions contenait une concrétion osseuse. La racine de la valvule rompue était aussi en partie refoulée dans le ventricule, les deux membranes de son sinus ayant cédé, en sorte qu'une poche anévrysmale n'aurait pas tardé de s'y former, si l'individu avait continué de vivre. L'autre valvule restait attachée, sa surface artérielle était polie et son sinus un peu dilaté ; mais elle était très-épaissie et couverte à sa surface ventriculaire de végétations molles et rougeâtres ; pareilles formations s'étendaient aussi sur la portion membraneuse de la surface ventriculaire de la valvule mitrale, qui était saine du reste et semblait bien fermer son orifice. Dans l'aorte ascendante (qui n'était pas dilatée) se trouvait un peu de ce dépôt ordinaire qu'on désigne à tort sous le nom de dépôt athéromateux. Il s'en trouvait aussi à la crosse de l'aorte, avec deux petites *spiculæ* osseuses, qui formaient de légères saillies. Deux lames osseuses arrondies se trouvaient à l'orifice de l'artère innominée. Ces ossifications ainsi que les végétations des valvules étaient cernées par un bord rouge, qui ne disparaissait pas par le lavage. Les valvules pulmonaires étaient saines, de même que les valvules tricuspides, mais minces. Les oreillettes et le ventricule droit étaient à l'état naturel. La plèvre droite renfermait environ huit onces de sérosité sanguinolente. Les poumons étaient engorgés, le droit présentait une plaque apoplectique. Un rein contenait une dégénérescence blanche, dure et grosse comme une fève.

Dans les trois cas qui précèdent, les résultats de l'examen cadavérique sont venus confirmer de très-près le diagnostic que nous avions établi pendant le vivant des malades. Le passage sonore du sang à travers l'orifice et le tube altérés de l'aorte a été cause du bruit qui accompagnait la systole et qu'on entendait tant à l'extrémité du sternum et dans les carotides, qu'à la région cardiaque. Le second bruit plus ou moins sifflant (*rohiffing*) qui remplaçait le second bruit naturel, indiqua un reflux du sang dans le ventricule gauche au moment de sa diastole à travers les valvules aortiques, insuffisantes pour fermer l'orifice aortique. Ces cas, ajoute l'auteur, viennent confirmer les principes indiqués dans mon ouvrage sur les maladies de la poitrine (1), pour découvrir les altérations des valvules aortiques. La seule chose exceptionnelle fut l'absence complète du second bruit naturel malgré l'état sain des valvules pulmonaires. Cette circonstance s'explique par l'état de distension continuelle, dans laquelle les cavités droites du cœur ont été maintenues à cause de la *propulsion* insuffisante, qu'exerçait l'appareil gauche de cet organe ; distension qui empêcha les valvules d'exécuter leurs mouvemens avec assez de force pour les rendre perceptibles à l'oreille. Ainsi donc, quoique mes expériences prouvent que le second bruit est ordinairement le résultat de l'action simultanée des deux sortes de valvules semi-lunaires, il est cependant utile de ne pas oublier que ce bruit peut quelquefois être tout à fait obscurci par une maladie avec régurgitation qui n'existe que dans une seule sorte de ces valvules, par exemple, dans les valvules aortiques. Cependant j'ai aussi observé des cas, où l'on entendait encore hormis le bruit de scie (*to-and fro-sawing*) indiquant une altération des valvules aortiques, le double bruit naturel avec le second claquement du côté droit du sternum, bruit qui résultait de l'action du ventricule droit et des valvules pulmonaires.

IVe *Obs.* — Élisabeth Holland, âgée de 26 ans, dit avoir été affectée de rhumatisme, il y a deux ans ; c'est depuis cette époque qu'elle est sujette à la dyspnée et aux palpitations à la suite du moindre effort. Le 24 décembre, elle a empiré beaucoup dans les derniers onze jours ; elle se plaint d'oppression et de douleur au-dessous du sein gauche ; sa figure est pâle et inquiète ; orthopnée ; pouls accéléré, mais régulier. Les deux bruits du cœur sont bien distincts et accompagnés d'une impulsion brusque au-dessous du sein gauche. A l'extrémité et à la gauche du sternum, on entend un bruit de soufflet, qui accompagne le premier bruit ; on l'entend encore dans les artères carotides et sous-clavières et dans la région sous-mammaire gauche ; il est moins perceptible à la droite du sternum, où, au contraire, le double bruit naturel est fort distinct.

Diagnostic. — *Maladie des valvules aortiques.* Les signes généraux firent supposer qu'il y avait en même temps inflammation récente du péricarde. Les bruits et l'impulsion étaient trop distincts, pour qu'on put supposer qu'il y eut du liquide dans le péricarde, et l'absence du bruit, appelé frottement du cuir, fit présumer que l'inflammation avait déjà attaqué le péricarde, adhérent au cœur.

Autopsie, faite le 26 *décembre,* 12 *heures après la mort* — Le péricarde avait contracté des adhérences étroites avec le cœur, dont on ne pouvait le séparer qu'avec beaucoup de difficultés. Les membranes réunies étaient épaissies et fort rouges ; la lymphe exsudée n'avait pas l'apparence d'être de récente origine ; le cœur avait à-peu-près son volume ordinaire. Les valvules aortiques, tout-à-fait minces sur leurs bords libres, étaient

(1) The Pathology and Diagnosis of Diseases of the Chest, etc. 3d. edit. part. III. p. 197.

perforées d'un certain nombre *de trous ovales*, dont quatre se trouvaient dans une valvule et deux dans chacune des autres. Celle qui présentait quatre trous était en outre très-mince et alongée. La petite portion des valvules mitrales avait à peu près la forme d'une frange; l'autre portion était un peu épaissie et pourvue de cordes tendineuses insérées sur toute sa surface ventriculaire; elle semblait suffisante pour fermer l'orifice, qui était étroit. Il y avait également trois petites perforations dans les valvules pulmonaires. — Le bruit de soufflet était une conséquence inévitable de l'état perforé des valvules aortiques. Les trous dans ces valvules doivent en même temps avoir donné lieu à la régurgitation du sang de l'artère dans le ventricule, au moment de la systole ventriculaire; mais les jets en étaient trop petits pour produire un bruit particulier. L'auteur pense que cet état de perforation des valvules artérielles n'est pas rare; du moins il l'a rencontré dans six cas pendant l'année passée, grace aux soins avec lesquels il a examiné le cœur après la mort. Deux de ces cas étaient exempts de signes qui auraient pu annoncer quelque maladie du cœur; aussi n'y trouvait-on, outre cet état des valvules, d'autre altération qu'un raccourcissement remarquable de la petite portion de la valvule mitrale dont il sera encore question plus loin. Dans un autre cas il y eût aussi adhérence générale du péricarde, et dans deux autres, épaississement des valvules mitrales. Ces perforations sont ordinairement accompagnées d'un état d'atrophie des valvules; ces dernières sont remarquablement minces, toujours arrondies ou ovales et à bords parfaitement lisses et un peu épaissis. L'auteur pense que cet état des valvules a des rapports d'analogie avec le raccourcissement des valvules mitrales et tricuspides, dont il s'occupe dans la partie suivante de son travail.

Maladies des valvules mitrales.

A. C., nourrice, âgée de 22 ans, ayant vécu à la campagne, où elle s'est bien portée, se plaint depuis trois mois de courte haleine, de palpitations, d'une toux sèche et de douleurs dans la poitrine et la tête. Son pouls est régulier, mais un peu accéléré; le premier bruit du cœur est accompagné d'un bruit de soufflet, qu'on distingue le mieux au-dessous du sein gauche; on n'entend pas le bruit dans les artères. Les règles reviennent à des époques régulières, mais l'écoulement n'est pas considérable. La malade obtient un peu de soulagement de remèdes qui stimulent les sécrétions, d'un régime régulier et du repos. Le bruit de soufflet continue néanmoins de se faire entendre; on l'entend même légèrement au dos. Les dimensions du cœur ne paraissent pas augmentées.

Deux mois environ plus tard, la malade se trouve atteinte d'une fièvre bilieuse. Pouls de 120 à 160, parfois irrégulier; de temps à autre palpitations violentes, accompagnées du même bruit de soufflet; quelquefois délire; peau brûlante; langue brune et sale. On lui administre du calomel à l'intérieur; on applique des sangsues à la tête et à l'épigastre, de la glace sur la tête; elle prend des potions salines, etc.

La fièvre, après avoir continué pendant une quinzaine de jours, diminue insensiblement; la langue se nettoye, la peau devient plus fraîche, le pouls se calme et le délire cesse. Mais il reste toujours des palpitations, qui reviennent de temps à autre, et un sentiment d'abattement général. Dans le cours d'une nuit la malade se trouve subitement atteinte de toux et de dyspnée, qui la font succomber en peu de minutes.

A *l'autopsie* on trouva les poumons crépitans et sains dans toutes leurs parties, les bronches remplies de mucosités écumeuses; le péricarde très-mince et transparent; le cœur petit, sans que les parois et les cavités de cet organe fussent moins bien proportionnées. On n'aperçut pas d'autre maladie qu'un amincissement et un raccourcissement remarquable des portions membraneuses des valvules mitrales, en sorte que ces dernières n'avaient pu fermer l'orifice auriculo-ventriculaire. Les cordes tendineuses, en moins grand nombre qu'à l'ordinaire, étaient pourvues de colonnes musculaires très-fortes. Les intestins se distinguaient par la ténuité et la pâleur de leurs parois; on remarquait une légère rougeur sur la muqueuse du duodénum, le reste était sain.

J'ai raison de croire, dit l'auteur, que le raccourcissement et l'atrophie des portions membraneuses des valvules mitrales et tricuspides n'est pas du tout chose rare; et j'ai souvent vu cette altération à un moindre degré dans des cas, où on n'avait pas observé d'autre symptôme morbide du côté du cœur pendant la vie. Le petit segment postérieur des valvules mitrales n'est souvent autre qu'une espèce de frange, à laquelle les cordes tendineuses se trouvent attachées; et à moins que ces cordes ne soient en même temps raccourcies ou roidies, à moins que l'orifice auriculo-ventriculaire ne soit pas plus large qu'à l'ordinaire, il ne semble pas que cette condition des valvules puisse donner lieu à beaucoup de régurgitation (1); ce n'est que lorsque la portion grande et antérieure de ces valvules est raccourcie, est devenue plus raide, raccornie, ou altérée d'une manière quelconque, ou surtout lorsque les cordes tendineuses, par suite de leur épaississement et raccourcissement, empêchent les valvules d'exécuter leur jeu ordinaire, ce n'est qu'alors, dis-je, que la systole du ventricule s'accompagne de régurgitation; et si cela a lieu avec assez de force, on entend le bruit caractéristique de soufflet au-dessous du sein gauche et en d'autres parties de la région cardiaque, mais pas dans les grosses artères.

Ire Obs. — Charles Foster, jardinier, âgé de 25 ans

(1) La meilleure méthode d'ouvrir le cœur pour voir les ventricules et les valvules, consiste à faire des incisions à angles droits avec le plan de la cloison depuis la pointe jusqu'à peu près à la base de l'organe. Cela fait avec soin, on expose les valvules *in situ* et sans léser les cordes tendineuses.

avait été sujet au rhumatisme depuis quatre ans. A sa première attaque il avait eu des palpitations, pour lesquelles on lui avait appliqué des ventouses scarifiées à la poitrine. Il y a maintenant six semaines qu'il se sent la respiration gênée et que ses jambes et sa figure ont commencé à s'enfler. Le pouls est régulier et assez fort. On entend à un pouce au-dessous du sein gauche, un bruit de soufflet, qui accompagne le premier bruit du cœur; on ne l'entend pas à la partie supérieure du sternum, ni dans les carotides. L'impulsion est étendue et un peu brusque. La région cardiaque est plus mate à la percussion qu'à l'ordinaire.

Diagnostic (inscrit dans les derniers jours d'octobre). —*Affection des valvules mitrales avec régurgitation : dilatation et hypertrophie du cœur.*

24 *novembre.* Le peu d'amélioration survenue et dont le malade s'était réjoui, n'a pas continué; il expectore des crachats rouges et gluants (péripneumoniques). Mort le 26 novembre.

L'autopsie, faite le 27 novembre, montre le cœur très-dilaté et un peu hypertrophié. Le péricarde n'a pas contracté d'adhérences; les cordes tendineuses des valvules mitrales sont épaissies et raccourcies; l'orifice est dilaté au point qu'il ne pouvait être fermé par aucune position que les valvules auraient pu prendre. L'oreillette gauche est fort dilatée; on remarque une petite végétation sur une des valvules aortiques. Le reste est à l'état normal. Le poumon droit est à la première et à la seconde période d'inflammation.

IIe Obs.— Guill. Cooper, domestique, âgé de 42 ans, a été sujet à des rhumatismes depuis son enfance, et en a souffert le plus à l'âge de 20 ans. Dans les deux dernières années, il a été court d'haleine et tous les efforts qu'il faisait étaient suivis de palpitations. Ces symptômes ont augmenté de beaucoup dans les dernières cinq semaines; souvent il s'éveille en sursaut avec un sentiment d'oppression et de palpitation.

15 *décembre.* Pouls très-faible, irrégulier et intermittent, pulsation du cœur de 140 à 160. Chaque cinquième pulsation est plus faible que les autres; il y en a plusieurs, dont la sensation ne se propage pas au pouls du bras. L'impulsion se fait le mieux remarquer à l'épigastre, elle est moins distincte sur le côté gauche. Les bruits sont faibles; le premier est brusque, distinct et un peu rauque, comme s'il était accompagé d'un léger mouvement de lime; le second est faible et ne laisse pas entendre toutes les pulsations.

Le diagnostic fut douteux dans ce cas, à raison de la rapidité et de la faiblesse des actions du cœur, qui n'étaient guère assez fortes pour faire entendre un bruit caractéristique. Mais, à en juger d'après tous les autres signes, il était probable que les deux ordres de valvules du côté gauche du cœur étaient considérablement altérés.

Les symptômes augmentèrent de jour en jour. L'amélioration qui succéda une fois à la saignée, ne fut que temporaire.

28 *décembre.* A la suite d'une forte oppression le malade expectora une certaine quantité de sang demi-caillé. On le saigna de nouveau. Il expira dans la même nuit.

Autopsie, faite le 27 décembre. L'amaigrissement du cadavre n'était pas considérable. La plèvre droite contenait environ une demi-pinte de sérosité mêlée à quelques flocons de lymphe. Un grand nombre d'anciennes adhérences se trouvaient sur le côté gauche. Les poumons, surtout le droit, étaient à l'état de congestion; des portions étaient occupées par des plaques foncées d'apoplexie pulmonaire. Le péricarde adhérait partout étroitement au cœur, sauf à sa surface postérieure, où cet organe était libre dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. Les membranes adhérentes étaient assez épaissies. Les membranes, qui tapissent le cœur, les valvules et les artères, étaient fortement infiltrées de sang. L'orifice aortique contracté ne laissait passer que le petit doigt; une de ses valvules était raide et ossifiée. Toutes ces valvules étaient adhérentes l'une à l'autre au commencement de leurs bords et pouvaient donner lieu à la régurgitation. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche ne laissait passer qu'un doigt à raison de son étroitesse. Une ossification considérable et irrégulière de l'étendue d'un pouce et demi occupait l'anneau de cet orifice et s'étendait jusqu'au segment principal des valvules mitrales. La portion libre de ces valvules était épaissie, mais encore flexible. Leurs cordes tendineuses étaient épaissies et rapétissées; les piliers musculaires très-agrandis. Les valvules tricuspides offraient un léger épaississement. Les valvules pulmonaires étaient saines, sauf qu'elles présentaient une *petite perforation ovale* près de l'attache du bord libre de deux d'entre elles. L'oreillette gauche était très-dilatée; sa membrane interne épaissie. Les autres points des parois et des cavités du cœur avaient conservé leurs proportions ordinaires.

Dans ce cas il y eut altération étendue des valvules gauches du cœur, avec obstruction et régurgitation, sans que cette altération eût produit des bruits caractéristiques. Cela prouve que les altérations des valvules à elles seules ne suffisent pas pour produire les bruits valvulaires (*valvular sounds*), mais qu'il faut encore le concours d'une vitesse suffisante du mouvement du sang à travers les valvules et d'une certaine résistance que le sang éprouve en les traversant. Dans le cas qui précède, le sang ne fut pas *propulsé* à travers les orifices contractés avec assez de force pour que les portions résistantes des valvules eussent pu entrer en vibration de manière à produire les bruits caractéristiques.

(*Lond. Méd. Gaz.*, 5 mars 1836)

Sur la métrorrhagie secondaire; par J. Roberton, chirurgien de la Maternité à Manchester.

Tout s'est bien passé pendant l'accouchement, le placenta a été expulsé par les forces de la nature; il ne s'en est pas suivi d'écoulement sanguin considérable. Mais tout à coup et inopinément, une, deux, trois ou quatre semaines après l'accouchement, la femme se trouve at-

teinte d'une perte, qui mérite par conséquent d'être appelée métrorrhagie *secondaire,* car elle diffère entièrement de l'écoulement des lochies et de cette sorte d'hémorrhagie qui commençant avec, ou peu de temps après l'expulsion du placenta, revient à plusieurs reprises et à des courtes intervalles, pendant plusieurs jours ou même pendant des semaines, hémorrhagie en général accompagnée de plus ou moins de douleurs. Enfin, la métrorrhagie secondaire diffère encore des pertes produites par des portions du placenta restées dans la cavité de l'utérus.

Quoique la métrorrhagie secondaire ne soit pas un accident très-fréquent, il est cependant peu de praticiens, qui n'aient eu occasion d'en observer des exemples. A peine cependant en fait-on mention dans les ouvrages sur l'art des accouchemens. Même M. Ingleby dans son traité sur l'hémorrhagie utérine, n'en parle que d'une manière peu explicite. A l'occasion de « l'hémorrhagie avec contraction de l'utérus » cet auteur dit avoir observé plusieurs exemples d'une perte de sang assez considérable, pour menacer la vie d'un danger imminent et qui n'eut lieu que trois semaines après l'accouchement, lorsque l'utérus *était* apparemment *revenu à un petit volume et parfaitement contracté* (1). Dans un autre endroit il dit : « J'ai employé le tampon avec le plus grand succès dans un cas d'hémorrhagie avec danger imminent, quinze jours après l'accouchement et l'utérus étant *solidement contracté* (2). » Il dit encore : « Je pourrais citer plusieurs cas remarquables, qui viendraient confirmer l'efficacité du sub-acétate de plomb dans les hémorrhagies utérines, qui ont lieu à des époques éloignées de l'accouchement (3). » Dans l'excellent ouvrage de M. A. C. Baudelocque, sur les hémorrhagies internes de l'utérus, on ne trouve rien de bien précis sur cette espèce de métrorrhagie, que l'auteur désigne sous le nom de métrorrhagie secondaire (4).

C'est peut-être de cette hémorrhagie secondaire que Burns a voulu parler dans le passage suivant : « Il peut arriver que par suite de quelque émotion ou d'un état morbide du corps, l'utérus ne revienne pas à l'état de contraction qui lui est propre hors le temps de la grossesse. Dans ce cas sa cavité peut se remplir de sang, qui se coagule et est ensuite expulsé mêlé à un écoulement liquide. L'utérus peut rester stationnaire pendant un temps considérable, et l'expulsion des caillots, qui ne se fait que successivement, être accompagnée de légères douleurs et d'une hémorrhagie assez forte. Ces symptômes ressemblent beaucoup à ceux qui dépendent de la rétention d'une partie du placenta et ne sont pas faciles à en être distingués, etc. » (p. 481). Rien n'est cependant dit par rapport *à l'époque, qui s'est écoulée depuis l'accouchement,* où l'utérus commence à expulser des caillots et du sang liquide. L'ouvrage cité plus haut de Baudelocque, contient quelques remarques intéressantes sur une espèce d'écoulement sanguin que cet auteur attribue en partie à une position trop oblique de l'utérus après l'accouchement, de manière à empêcher le libre écoulement des lochies, et en partie au défaut de contraction utérine. De là résultent la formation de caillots dans la cavité utérine, et des douleurs violentes, qui ne cessent d'agacer la malade que lorsque l'utérus s'est vidé. Afin de prévenir cet état de choses, Baudelocque donne le conseil, d'introduire après l'accouchement deux doigts dans la matrice pour s'assurer de l'état de la cavité de cet organe et la débarrasser des corps étrangers, qui peuvent y être restés. Et il ajoute : « cette pratique est celle que suit M. Deneux depuis plusieurs années, et à laquelle je ne manque jamais d'avoir recours. (p. 263 et 264).

1er *Cas.* (Avril 1829). — Marie Noble avait eu un accouchement heureux sans hémorrhagie alarmante. Le quatrième jour après l'accouchement elle se sentait si bien portante qu'elle commença à vaquer de nouveau aux occupations de son ménage. Elle alla bien jusqu'à l'expiration de la première quinzaine ; tout à coup, pendant qu'elle est assise près du feu, elle est saisie d'une perte abondante de sang, qui est suivie d'une syncope. L'exploration *per vaginam* ne fait rien découvrir qui puisse expliquer la cause de l'hémorrhagie. L'utérus n'était pas plus volumineux qu'il ne devrait l'être; l'orifice de la matrice était mou et naturel. Le traitement consista dans le repos au lit, et dans de petites doses répétées de seigle ergoté, alternées avec des purgatifs. L'hémorrhagie ne reparut point. Plus tard, la malade gagna l'hydropysie, dont elle guérit.

IIe *Cas.* (5 novembre 1829). — Mellor, âgée de 23 ans, accouchée de son premier enfant, quinze jours auparavant commet des imprudences sous le rapport du régime et de l'exercice. La nuit passée elle a été surprise d'une hémorrhagie par le vagin, à laquelle elle faillit succomber. Une seconde attaque s'est renouvelée aujourd'hui. — Pouls faible et très-accéléré, incohérence dans les idées. L'auteur trouve au toucher l'*os uteri* assez dilaté pour laisser pénétrer le doigt ; l'utérus est plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement à cette époque après l'accouchement. On donne le seigle ergoté à la dose de 6 grains toutes les quatre heures. On introduit dans le vagin un tampon préparé avec l'éponge; on ordonne un purgatif et on recommande la position horizontale. La malade se rétablit lentement sans nouveau retour de l'hémorrhagie.

IIIe *Cas.* — (1er mai, 1833.) Kerney, âgée de 26 ans, est accouchée de son second enfant depuis sept jours. Le travail avait été régulier et suivi d'une légère perte. L'accouchée allait bien, quand ce matin, à 5 heures, en se levant pour lâcher l'eau, elle est surprise d'une forte hémorrhagie. La malade paraît faible et abattue. Elle se rappelle que la même chose lui est arrivée

(1) Ingleby, on utérine hæmorrhage, p. 227.

(2) *Ibid.*, p. 247.

(3) *Ibid.*, p. 255. Cette espèce d'hémorrhagie se trouve mentionnée dans « Blundell's Lectures on Midwifery, London, 12mo, p. 102 ; » dans Campbell's Introduction to the study and practice of Midwifery, p. 308, et aussi dans Henman, p. 442.

(4) Traité des hémorrhagies internes de l'utérus, etc. Bruxelles, 1832.

pendant ses couches antérieures, il y a un an ; alors l'hémorrhagie eut lieu presque un mois après l'accouchement. L'orifice utérin est un peu ouvert, sans qu'on puisse dire que l'utérus soit agrandi. L'hémorrhagie se répète encore deux fois, mais moins abondamment qu'à la première attaque. On donna le sus-acétate de plomb, et la malade se rétablit.

IVe *Cas.* — (25 novembre 1833.) Madame W., mère de plusieurs enfans et jouissant d'une bonne santé, sauf qu'elle est perclue par suite d'un rhumatisme, accoucha, il y a 27 jours, sans que le travail fut accompagné d'hémorrhagie. Ses couches étaient bonnes et elle avait quitté hier sa chambre à coucher étant assise près de la cheminée, elle perdit un caillot de sang de la grandeur d'un œuf, auquel succédèrent encore d'autres caillots. Elle s'évanouit et fut transportée au lit dans cet état. L'hémorrhagie ne reparut plus.

L'auteur cite encore six autres cas tant de sa propre pratique que de celle de ses collègues, qu'il nous paraît superflu de rapporter en détail, puisqu'ils ressemblent sous tous les rapports à ceux qui précèdent. Dans aucun de ces cas le travail qui précéda l'hémorrhagie, n'avait été difficile; il ne semble pas non plus, que dans aucun d'eux le placenta ait été extrait par la main ou qu'une perte considérable ait accompagné ou succédé immédiatement l'expulsion du placenta. Une fois l'hémorrhagie eut lieu le septième jour après l'accouchement, une fois le neuvième, deux fois le dixième, une fois le onzième, deux fois le quatorzième, une fois le seizième et une fois le vingt-septième jour. Dans six cas sur dix, l'hémorrhagie se borna à une seule attaque; dans les quatre autres elle se renouvela plusieurs fois.

Cette hémorrhagie, dit M. Roberton, est quelquefois difficile à maîtriser. Je me rappelle avoir traité un cas de ce genre, il y a plusieurs années, où l'hémorrhagie reparut pendant plusieurs semaines, de sorte que je finis par désespérer de la vie de ma malade. Cependant je n'ai jamais moi-même observé d'exemple de terminaison fatale par suite de cette hémorrhagie. Mon ami, M. Windsor a été appelé chez une femme accouchée depuis un mois, qu'il trouva morte à son arrivée par suite d'une hémorrhagie subite, qui l'avait surprise au moment où elle se promenait dans son vestibule. Lorsque la mort arrive comme dans ce cas, il est impossible de savoir autrement que par l'autopsie, si l'hémorrhagie n'a pas été le résultat d'une maladie locale de l'utérus. Le cas suivant, dont je dois la relation à un de mes collègues, M. Clough, vient à l'aide de cette remarque :

Marie Powall, âgée de 25 ans, d'une constitution délicate, fut accouchée de son troisième enfant le 4 novembre 1834. L'enfant s'était présenté par la main. La version s'était facilement opérée; mais au moment où l'on voulait achever l'extraction de la tête, celle-ci s'arrêta au bord du détroit supérieur du bassin, la face dirigée contre le pubis et le menton reposant sur la portion de cet os située au-dessus du trou obturateur. Dès qu'on eut redressé cette position, la tête descendit presque immédiatement dans le bassin et fut rapidement expulsée par les efforts de la nature. L'expulsion du placenta se fit sans aucun symptôme extraordinaire. Le travail ne fut pas suivi d'un écoulement considérable de sang; mais la malade commença bientôt à se plaindre de douleur et de sensibilité à la pression au côté gauche de l'hypogastre, et on fut obligé de lui appliquer des sangsues au nombre de 40 à 50. Son pouls n'était pas fort irrité; elle ne vomissait pas. La sensibilité et la douleur de l'abdomen, quoique ne disparaissant pas entièrement, se limitaient à une petite partie de l'hypogastre, du côté gauche. Le ventre n'était pas distendu et les évacuations étaient assez régulières. Après les premiers quatre jours elle semblait être en voie de guérison, lorsque le huitième elle fut saisie de vomissemens violens, suivis le soir d'une hémorrhagie subite et très-abondante. Il s'évacua de gros caillots de sang jusqu'au lendemain; la quantité du sang ainsi évacué s'éleva à deux ou trois livres. M. Clough vit sa malade le lendemain (le 9me jour de ses couches). L'hémorrhagie avait alors cessé; elle avait les extrémités froides; sa figure était pâle comme la mort, et le pouls n'était guère perceptible. Le sang avait pénétré à travers les literies et découlait sur le plancher de l'appartement. Le ventre n'était pas tuméfié; mais un peu sensible et les vomissemens persistaient encore. On administra de l'eau-de-vie, qui sembla la ranimer un peu. L'hémorrhagie se renouvela cependant dans la soirée. La malade prit l'infusion acide de roses avec la teinture d'opium et observa un repos rigoureux. Le dixième jour elle était un peu mieux; mais le soir l'hémorrhagie revint à un degré alarmant. Faiblesse très-grande le 11me jour. On ordonne des poudres de seigle ergoté, du vin et l'huile de ricin.

12me *jour.* Elle a vomi les poudres; pouls petit et faible. Elle continua à vivre jusqu'au 18me jour. L'hémorrhagie reprit de temps à autre; la prostration des forces devint extrême, la langue et les dents se couvrirent d'un enduit fuligineux; des mucosités s'accumulèrent dans le gosier. L'abdomen n'était sensible, dans les derniers jours, qu'à la pression; les vomissemens continuèrent plus ou moins jusqu'au moment de sa mort. On lui avait administré, sans effet, le sous-acétate de plomb et l'opium.

Examen cadavérique. — Surface péritonéale de tous les viscères parfaitement saine, mais anémique. Vessie un peu distendue d'urines; utérus moins contracté qu'à l'ordinaire. Près du col, au côté gauche et entre les replis du ligament large, il y avait quelque apparence d'extravasation; on y trouva une poche remplie en partie de pus sanguinolent et communiquant au moyen d'une grande ouverture avec la cavité même de l'utérus. En ouvrant l'intérieur de l'utérus, on y découvrit une profonde excavation ou ulcération, large d'un à deux doigts et communiquant avec cette poche. Le reste de l'organe était parfaitement sain. Plusieurs médecins, auxquels M. Clough montra cette préparation, ont pris cette excavation de l'utérus pour un abcès. M. Clough et deux ou trois de ses amis sont plutôt portés à la con-

sidérer comme l'effet d'une rupture partielle de cet organe, d'autant plus que l'ouverture communiquant avec la cavité de l'utérus était trop grande pour un abcès, qui y aurait eu son siége.

Madame Boivin parle d'une malade, qui, après un accouchement laborieux par l'effet d'une difformité du bassin, fut atteinte d'hémorrhagie le vingt-deuxième jour et succomba le trentième à un retour de la perte. A l'autopsie on trouva un abcès, qui, ayant percé dans le vagin, avait ouvert un sac variqueux formé par une des veines lombaires et se trouvait ainsi en communication directe avec la veine cave (1).

Cette forme d'hémorrhagie utérine est d'ailleurs rare et ne se rencontre peut-être qu'une seule fois sur plusieurs centaines de femmes en couches.

M. Roberton pense que cette forme de métrorrhagie qui fait le sujet de son mémoire, coïncide, quant à sa nature, en grande partie avec le flux menstruel trop abondant, sauf que dans la première l'écoulement est plus considérable à raison du volume plus grand des vaisseaux utérins et de la faculté de l'utérus de supporter une expansion plus grande à l'état puerpéral que hors les temps de la grossesse. Mais il n'est pas d'avis qu'on puisse en attribuer l'origine ni à une sorte de relâchement de l'utérus, ni à ce que les femmes, qui en sont atteintes, aient abandonné trop tôt la position horizontale; car, ne voyons-nous pas en effet, les femmes de la classe ouvrière, se livrer déjà le 7me ou le 8me jour après l'accouchement à des ouvrages fatigans, sans qu'il s'en suive d'hémorrhagie?

Il est à regretter que dans les cas observés on n'a pas fait plus d'attention à l'état de la circulation dans le moment qui a précédé l'hémorrhagie; c'est là un point de la plus grande importance. Dans deux cas, est-il dit, l'attaque a été précédée d'un sentiment de froid, indiquant probablement un état de fièvre. Enfin, sans vouloir se prononcer avec trop de confiance, l'auteur pense que cette forme d'hémorrhagie utérine tient en grande partie à une *diathèse hémorrhagique;* diathèse, qui se manifeste sous la forme de métrorrhagie par suite de la condition particulière, où se trouve l'utérus à l'état puerpéral.

Par rapport au traitement, le repos parfait dans une position horizontale est la première chose essentielle. Il sera bon d'exercer une compression sur l'abdomen à l'aide d'une bande de flanelle bien adaptée. L'opium est utile dans le début. Quelquefois il faut avoir recours au tamponnement. M. Roberton considère le seigle ergoté, donné à petites doses réitérées, comme le remède le plus certain. L'emploi des altérans et des apéritifs n'est pas moins important, non-seulement dans cette espèce d'hémorrhagie, mais en général dans les hémorrhagies qui accompagnent l'avortement. L'auteur se sert de préférence de l'acide sulfurique comme tonique. Pour que ces malades puissent se rétablir entièrement, il est essentiel de leur recommander qu'elles renoncent pour quelque temps aux soins du ménage et de la famille, qu'elles respirent un air pur, qu'elles observent un régime convenable et le plus souvent qu'elles s'abstiennent entièrement ou en partie de l'allaitement.

(*Lond. méd. Gaz.* 12 mars 1836).

(1) Mémoire sur les hémorrhagies internes de l'utérus, page 139.

GRAEFE U. WALTHER,

JOURNAL FUER CHIRURGIE U. AUGENHEILKUNDE.

Observations sur le diagnostic et le traitement du goître; par Heidenreich.

Après avoir fait ressortir la différence des affections confondues par les auteurs sous le nom commun de goître et l'insuffisance des définitions qu'on a données jusqu'à présent de cette maladie, l'auteur de ce mémoire (de 58 pages), cherche à introduire de l'ordre et la méthode dans son diagnostic, en prenant l'anatomie pour base. Il divise le goître d'abord d'après les tissus dont il prend origine, et ensuite d'après les produits pathologiques, qui résultent de l'action morbide de ces tissus. Dans le sens le plus général du mot, le goître est une tuméfaction de la région médiane du cou, résultat d'une maladie de la glande thyroïde ou du tissu cellulaire qui l'entoure. L'auteur exclut du nom de goître toutes les tumeurs des parotides et des glandes lymphatiques, les tumeurs scrofuleuses, anévrysmatiques, cystiques et stéatomateuses. Il distingue deux formes principales de goître, résultant de la différence des tissus d'où l'affection prend son origine : le goître du tissu cellulaire et celui de la glande thyroïde, et deux formes subordonnées, distinguées par la différence de leurs produits pathologiques: le goître aérien et le goître séreux. Le tableau suivant donne une idée des espèces et des variétés, admises par l'auteur :

I. *Goître du tissu cellulaire.* 1° Gonflement aigu; 2° gonflement chronique; 3° induration; 4° dégénérescence.

II. *Goître aérien.* 1° Dilatation de la muqueuse trachéale; 2° déchirement de la muqueuse avec emphysème du tissu cellulaire; 3° déchirement de la muqueuse avec emphysème de la glande thyroïde; 4° hernie trachéale.

III. *Goître séreux.* 1° Kyste simple du tissu cellulaire; 2° kyste simple de la glande thyroïde; 3° kyste multiple (Taccherkropf) du tissu cellulaire; 4° kyste multiple de la glande thyroïde.

IV. *Goître de la glande thyroïde.* 1° Goître phlegmoneux; 2° goître anévrysmatique; 3° goître hypertrophique.

Ce sont les caractères particuliers de chacune de ces formes qui servent de guide dans le diagnostic et le choix du traitement.

1. *Goître du tissu cellulaire.* Il est de ces goîtres qui, ayant pour centre le milieu de la surface antérieure du cou, s'étendent bientôt à tout le cou. Le gonflement s'étend en haut, du larynx à l'os hyoïde et au menton, en bas, jusqu'au sternum, et sur les côtés, à droite et à gauche jusqu'à la nuque. Il y a déjà longtemps que l'auteur considère ce genre de goître comme une tumeur du tissu cellulaire et qu'il s'expliqua son origine comme celle d'une tumeur érysipélateuse ou œdémateuse, parce qu'il n'y a jamais senti de gonflement glandulaire. Aussi l'étendue de cette tumeur du tissu cellulaire était-elle trop grande pour qu'elle pût provenir de la glande thyroïde. Cette espèce de goître se caractérise surtout par la mollesse de la tumeur, dans laquelle on ne distingue pas de parties indurées de la glande, par son étendue considérable, et surtout par l'action qu'exercent sur elle les remèdes appropriés; rebelle à l'emploi des médications internes, qui pourtant agissent sur la glande thyroïde, la tumeur cède souvent rapidement aux remèdes externes, aux onguents, aux emplâtres, etc.

Souvent la glande thyroïde participe du gonflement, dont le tissu cellulaire environnant est le siége principal. Le goître du tissu cellulaire est cependant plus rare que le goître glandulaire. Il peut se former d'une manière rapide et aiguë par des efforts en levant ou en portant des objets d'un grand poids, en chantant, en criant, chez les femmes pendant le travail de l'enfantement, etc.; le goître chronique se forme au contraire lentement; souvent le goître aigu devient chronique; le gonflement peut donner lieu à une induration ou à une dégénérescence du tissu.

2. *Goître aérien.* L'air, lorsqu'il s'échappe de la trachée-artère et est renfermé dans une cavité anormale, donne lieu à ce qu'on appelle *Bronchocèle, Trachéocèle, Aérocèle* (*goître pneumo-guttural* de Larrey). A la suite d'un accident quelconque la muqueuse de la trachée-artère se déchire, ou une de ses cellules se dilate, ou la muqueuse de la trachée-artère fait hernie entre deux de ses cartilages, etc. Ces accidens peuvent survenir à la suite des efforts faits en toussant, en vomissant, en criant, en riant, en chantant, en jouant des instrumens à vent. P. Frank rapporte deux cas d'emphysème général du corps par suite d'un déchirement de la trachée-artère pendant le travail de l'accouchement. On peut faire disparaître cette tumeur aérienne entièrement ou en partie, en exerçant lentement et graduellement sur elle une certaine pression. C'est par cette propriété, de pouvoir être comprimée et par le défaut de pulsation que le goître aérien se distingue du goître anévrysmatique. (Richter, P. Frank, Larrey sont les auteurs qui traitent particulièrement de cette espèce de goître).

3. *Goître séreux.* L'auteur comprend sous cette forme la formation de cavités et de kystes, remplis de liquide,

dans la glande thyroïde ou dans son tissu cellulaire. Le liquide contenu dans ces kystes, peut être de nature très-différente, il peut être trouble, sanguinolent, muqueux, etc. Ces tumeurs enkystées ont été comprises autrefois sous le nom de faux goîtres. Beck a prouvé que l'accumulation du liquide a lieu dans la glande thyroïde même, et que le kyste n'est que la dilatation d'une cellule de la glande thyroïde, et que par conséquent ces tumeurs méritent d'être regardées comme des véritables goîtres. La sécrétion se trouvant augmentée dans une cellule thyroïdienne, les matières sécrétées la distendent, compriment les petites cellules voisines et les lobules contigus de la glande même au point que leur nutrition est entravée. Le liquide peut se trouver dans un seul kyste, ou ce kyste peut être divisé par des brides membraneuses en plusieurs sections; il peut être *loculaire*.

4. *Goître de la glande thyroïde.* Le *goître anévrysmatique* a été décrit par Richter, Walther, P. Frank, Larrey, Earle, Graefe et Beck; des chirurgiens ont pratiqué des opérations, pour empêcher les progrès du goître anévrysmatique. Ce n'est pas seulement les artères, mais aussi les veines, qui sont dilatées dans cette espèce de tumeur: la glande thyroïde, altérée de cette sorte, présente une véritable aggrégation de vaisseaux dilatés. Le *goître lymphatique* ou *parenchymateux* est la forme la plus fréquente; c'est ordinairement un gonflement indolent de la glande thyroïde, avec hypertrophie de sa substance. Cette hypertrophie est d'abord simple; plus tard elle peut se compliquer de dégénérescence des cellules circonvoisines et des liquides qu'elles contiennent : cette espèce de goître mérite le nom d'hypertrophie, parce qu'elle est en connexion avec la période climactérique et que l'atrophie des organes de la génération est souvent suivie de l'hypertrophie de la glande thyroïde. Aussi a-t-on vu quelquefois l'hydrocèle alterner avec le goître dans le même individu. Le *goître squirrheux* a été décrit par Walther et Larrey. La glande thyroïde n'augmente pas de volume, mais elle devient extraordinairement dure et bosselée. Tout le tissu cellulaire qui l'entourait, a disparu; la masse squirrheuse envahit la trachée-artère et les muscles du cou et finit par se transformer en ulcère carcinomateux. Les glandes lymphatiques du cou s'engorgent et forment autant de squirrhes secondaires.

Quant au traitement du goître du tissu cellulaire, l'auteur s'est toujours bien trouvé des frictions faites avec un mélange d'onguent mercuriel et d'hydriodate de potasse. L'irritation de la peau, provoquée par cet onguent, n'est d'aucune conséquence. Un emplâtre, composé de Empl. hydrarg., conii maculati et diachyl. comp., avec ou sans iode, lui a souvent réussi. Dans ce genre de goîtres les remèdes externes semblent être plus actifs que les remèdes internes. L'iode, administré à l'intérieur, ne produit pas ici les mêmes effets que dans les goîtres glandulaires.

Le goître aérien requiert, suivant Larrey, la réduction et l'application d'un collier. Toute médication interne est inutile pour le goître enkysté; il n'y a d'autre ressource dans ce cas que l'opération. Le goître de la glande thyroïde est le plus susceptible d'être attaqué par des moyens internes et externes. L'auteur commence par l'application de 6 à 12 sangsues sur la tumeur et emploie ensuite l'iode à l'intérieur et à l'extérieur. Il conseille de réitérer plusieurs fois l'application des sangsues en petit nombre. Il n'a jamais observé des inconvéniens de l'usage de l'iode; il ne se rallie pas à la méthode de Lugol, qui prescrit ce médicament avec l'hydriodate de potasse par gouttes. N'en ayant pas obtenu d'effets, il prescrit la teinture d'iode à 5, 10, 15 gouttes, trois fois par jour; et pour l'usage extérieur des frictions avec un mélange de quinze grains à un scrupule de protoiodure de mercure sur une demi-once d'onguent rosat.

(*Journ. f. Chir. u. Augenh.* 1835. Vol. XXIII. Livr. 1.)

Quelques observations sur la mélanose, par J.-C. Bendz.

Malgré les efforts des auteurs modernes pour éclairer la pathologie et la thérapeutique de la mélanose, il n'est peut-être pas de maladie qui ait plus besoin d'être étudiée. En effet, que savons-nous concernant l'origine et la nature de cette affection? Est-elle purement locale, ou n'est-elle que l'expression locale d'un état morbide général? Chaque nouveau fait, rapporté par des observateurs consciencieux, mérite d'être accueilli avec empressement pour autant qu'il puisse servir à répandre un nouveau jour sur ce point encore obscur de la pathologie. Les observations suivantes nous paraissent dignes d'être rangées au nombre de ces faits.

Ire Obs. Pierre Ahrensen, âgé de 25 ans, paysan, d'une constitution maigre et sèche, entra le 25 mai 1830, dans la division chirurgicale de l'hôpital de Copenhague pour une tumeur considérable de l'orbite gauche. L'œil du même côté, atteint de dégénérescence mélanique, avait été extirpé un an auparavant. Un mois s'était à peine écoulé depuis l'opération que la dégénérescence répullula de nouveau, et peu à peu l'orbite se remplit d'une masse carcinomateuse, laquelle, au moment de l'entrée du malade, s'était accrue au point de former une tumeur du volume d'un œuf d'oie, qui proéminait de plus d'un pouce hors de l'orbite. Entre les bords libres des paupières, qui étaient presque en contact l'une avec l'autre, se trouvait une fente, longue d'un pouce, à travers laquelle on découvrait dans la profondeur une masse presque noire-bleuâtre, couverte d'une muqueuse mince et transparente et parsemée de veines. La tumeur ne présentait de la fluctuation qu'à la surface interne de la paupière inférieure, où elle formait une petite saillie bleuâtre, de la grandeur d'une noisette; le reste de la tumeur était dur et cartilagineux au toucher. Sauf quelques douleurs lancinantes qui se faisaient sentir de temps à autre dans la tumeur et ses alentours, et un peu de toux sèche, la santé du malade semblait être dans un état satisfaisant. Ce ma-

lade était issu de parens sains : jamais il n'avait été malade avant qu'il ne fut atteint de son mal d'yeux et il ne savait à quelle cause attribuer l'origine de ce dernier. Cédant à ses instances, on entreprit, le 27 mai, une seconde fois l'extirpation de la tumeur orbitaire, opération rendue difficile par l'hémorrhagie violente qui l'accompagnait. A l'effet d'éloigner tout ce qui était de nature suspecte, on enleva le périoste en plusieurs endroits avec la masse morbide. Plusieurs os avaient perdu de leur substance par l'effet de l'absorption; la cavité orbitaire était, par conséquent, devenue plus grande et avait changé de forme. La tumeur extirpée était composée de plusieurs tubercules arrondis ou ovoïdes, réunis à l'intérieur par un tissu cellulaire lâche et rempli d'un grand nombre de ramifications veineuses; quelques-uns de ces tubercules étaient gris, la plupart étaient noir-grisâtres ou gris-noirâtres, ils noircissaient les doigts et ressemblaient à l'encre de la chine ou au noir de fumée, mêlés à l'eau. Les uns étaient durs, d'autres présentaient une structure particulière squirrho-cellulaire, d'autres enfin consistaient dans une masse plus ou moins molle et noirâtre, qui en général était d'autant plus noire qu'elle était plus molle. Quelques-uns étaient de la grandeur d'une aveline, d'autres plus petits jusqu'au volume d'un pois. La surface interne de la paupière inférieure, là où on avait senti de la fluctuation, était occupée par un tubercule noir et ramolli, couvert d'une peau tellement mince qu'elle n'aurait pas tardé de s'ulcérer si la tumeur n'avait pas été enlevée. Ces tubercules n'étaient pas entourés d'un kyste particulier; isolés par du tissu cellulaire épaissi, ils étaient réunis les uns aux autres de manière que toute la tumeur présentait un aspect mamelonné. L'opération ne fut suivie que de peu de fièvre consensuelle: mais le malade se plaignit de vives douleurs dans la tête et dans le côté gauche vers l'épine dorsale, qui cédèrent bientôt à un traitement convenable. L'amélioration faisait tous les jours des progrès; la plaie se remplissait de granulations de bonne apparence; le malade avait déjà quitté son lit et se promenait dans la cour de l'hôpital, lorsque, environ deux mois après l'opération, il fut subitement pris de vomissemens violens et de douleurs de tête. A partir de ce moment, son état s'aggrava notablement, il ne quitta plus son lit, perdit l'appétit; les vomissemens et les douleurs de tête ne cessèrent que par courts intervalles; les forces diminuèrent peu à peu, l'amaigrissement devint de plus en plus prononcé. Le 1er septembre accès de convulsions avec perte de connaissance et écume à la bouche; retour des accès deux fois par jour. La douleur de tête augmenta considérablement, le malade fut tourmenté d'une soif inextinguible, la peau prit un teint jaune-verdâtre; la mémoire commença à faillir et le patient tombait de temps à autre dans une sorte de manie intermittente avec spasmes toniques dans les bras, regard fixe, pupilles dilatées; quelques jours plus tard, état soporeux, pendant lequel il portait souvent la main à la tête, et dans lequel il succomba le 28 octobre.

Autopsie, 48 heures après la mort. La peau était d'une couleur jaune-verdâtre; çà et là on voyait des taches noires, provenant de petits tubercules noirâtres ou bleuâtres, situés dans le tissu cellulaire sous-cutané, et de texture fibro-cellulense. Ces tubercules variaient du volume d'un pois jusqu'à celui d'une noix, étaient de consistance différente, en partie durs et en partie mous; on les séparait facilement du tissu cellulaire environnant, dans lequel on voyait plusieurs petits vaisseaux sanguins, se rendant à leur surface; mais on ne découvrait point de vaisseaux dans le tissu cellulaire morbide. Ces tubercules n'étaient pas entourés d'un kyste particulier, quoique présentant une circonférence arrondie et circonscrite. Après avoir enlevé les tégumens de la tête, on trouva à la région du vertex une tumeur molle, longue d'un pouce et demi, et large d'un pouce. On sentait sur les côtés de la tumeur les rebords de l'os usé par la résorption et on se convainquit bientôt que la tumeur avait pris son origine dans la dure-mère. Elle consistait intérieurement en une masse fibro-cellulaire et teinte en partie d'un pigment noir. La surface du cerveau présentait 30 à 40 taches noires de forme régulière, de 3 lignes à un pouce ou plus de diamètre, et provenant de tumeurs molles naissant de la substance cérébrale elle même, dans laquelle on trouva un grand nombre de pareils tubercules de la grandeur d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de pigeon. Ils étaient sans kyste; leur structure était molle, ressemblant à un champignon ou à de la bouillie; les plus petits étaient de couleur grise et les plus grands de couleur noire. Les deux plus grands de ces tubercules occupaient de chaque côté la partie externe des corps striés; ils étaient noirs et transformés en une masse pultacée. Le cervelet n'en contenait qu'un petit nombre, surtout dans sa substance corticale, et pas plus grands qu'un pois. La partie ophthalmique du nerf optique du côté gauche (celui qui correspondait à l'œil extirpé) était atrophiée et jaune-grisâtre vers la jonction; sa partie cérébrale n'était pas altérée. A la surface inférieure du cerveau, surtout au pont de Varole, on voyait plusieurs stries noires qui provenaient d'un dépôt de pigment noir dans le tissu cellulaire intermédiaire de l'arachnoïde et de la pie-mère; quelques autres taches noires se trouvaient sur la partie de l'arachnoïde qui revêt la dure-mère. Une assez grande quantité de sérosité remplissait la cavité de l'arachnoïde, et les deux côtés de la moelle épinière étaient longés par quelques stries noires ayant la même origine que les précédentes. La glande thyroïde, avait acquis un volume trois fois plus grand que celui qu'elle présente ordinairement, et s'était, en grande partie, transformée en une masse rouge-grisâtre, fibro-cellulaire et traversée par du pigment mélanotique. Un grand nombre de tubercules rouge-grisâtres ou noir-bleuâtres de différentes grandeurs, probablement des glandes lymphatiques dégénérées, entouraient la trachée-artère et un peu plus bas les gros vaisseaux. Les sacs de la plèvre contenaient une petite quantité de sérosité. La couleur des poumons était d'un rouge clair, comme chez les enfans; leur surface présentait un grand nombre de taches noires de différentes gran-

deurs, dues au dépôt de pigment noir dans le tissu cellulaire sous-pleurétique. Les poumons étaient en outre couverts de plusieurs excroissances pédonculées et aplaties, du volume d'un pois jusqu'à celui d'une noisette, qui avaient aussi pris leur origine du tissu cellulaire sous-pleurétique. Dans la substance pulmonaire se trouvait un grand nombre de tubercules d'un tissu fibro-cellulaire, les uns durs, et les autres mous, noirs-brunâtres ou tout à fait noirs, qu'on reconnut être de nouvelles productions morbides qui avaient refoulé le tissu naturel de ces organes. Quoiqu'ils n'étaient pas enkystés, ils étaient cependant circonscrits et arrondis et se laissaient facilement séparer de la substance pulmonaire voisine. Dans un seul endroit, la masse noire avait donné lieu à la suppuration ; mais la caverne qui s'était ainsi formée ne communiquait pas avec les bronches. Une tumeur mélanotique du volume d'un œuf et située dans la région de la 5me, 6me et 7me côtes sur le côté gauche de l'épine dorsale, qui semblait aussi s'être développée dans le tissu cellulaire sous-pleurétique, avait détruit une partie de l'extrémité postérieure de la 6me côte et pénétré jusque dans le canal spinal, sans cependant avoir de connexion avec la dure-mère. La tumeur était traversée par les nerfs intercostaux, sans que ceux-ci eussent subi d'altération. C'était dans la région de cette tumeur que le malade s'était plaint de douleurs immédiatement après l'opération. Une autre tumeur pédonculée se trouvait au même endroit dans la cavité droite de la plèvre. 10 à 12 petits tubercules gris et noirs étaient situés à la surface du cœur ; d'autres à sa surface interne et dans sa substance. Les deux surfaces du diaphragme étaient occupées par des tumeurs de même nature, dont la plupart prenaient leur origine du tissu cellulaire sous-séreux et dont les unes étaient blanches ou grises, et les autres noires. Un tubercule dur, de la grandeur d'un œuf de pigeon, à moitié blanc et à moitié noir, sans que cette différence de couleur fut accompagnée d'une différence de tissu, se trouvait au bord du petit lobe du foie. La rate, le pancréas, la surface externe du canal intestinal, l'épiploon, la capsule et la substance corticale des reins étaient également le siége de tubercules mélanotiques. La substance des glandes surrénales avait presque entièrement disparu et était, pour ainsi dire, remplacée par une conglomération de tubercules noirs et fibro-cellulaires. Les testicules dans lesquels on n'a jusqu'ici pas encore trouvé ce genre d'altération, contenaient un tubercule noir de la grosseur d'un pois. On en trouva dans l'épaisseur des muscles, dont les fibres étaient écartées sans qu'elles participassent elles-mêmes à l'altération. Les os même présentaient des traces de cette maladie ; les extrémités postérieures de toutes les côtes et quelques vertèbres étaient devenues bleues-noirâtres par l'effet du pigment, qui s'était déposé dans leurs cellules. Les veines furent également trouvées dans un état morbide ; leurs parois, par exemple, celles de la veine jugulaire externe, étaient tellement amincies qu'elles ressemblaient à la membrane de l'amnios ; le sang qu'elles contenaient était plus noir qu'à l'ordinaire et offrait des traces évidentes du pigment noir qu'on avait trouvé dans d'autres parties du corps.

IIe Obs. — Charles W., âgé de 36 ans, d'une constitution vigoureuse, mais d'un tempérament un peu leucophlegmatique, entra à l'hôpital le 11 juillet 1828, pour une tumeur au pied gauche, qu'il portait depuis environ un an. Il attribuait l'origine de ce mal à des engelures du petit orteil. La tumeur, qui avait principalement son siége au-dessous du premier et du troisième orteils et dans la partie voisine de la plante du pied, s'était développée immédiatement dans le tissu même de la peau ; elle était de couleur noir-brunâtre ou noirâtre et plus ou moins résistante en différens endroits. Elle couvrait une partie du dos et de la plante du pied. A la surface inférieure de la tumeur on remarquait deux plaies, dont l'une était profonde de plus d'un demi-pouce, qui sécrétaient une matière noire et saignaient facilement au moindre attouchement. Plusieurs autres excroissances, pédonculées et de couleur bleu-noirâtre, qui siégeaient à la jambe, avaient aussi, selon le dire du malade, pris leur origine d'anciennes plaies. Les glandes de l'aîne de ce côté étaient gonflées et formaient une tumeur très-dure qui avait acquis le volume des deux poings par suite de l'application imprudente de divers remèdes sur le pied. Au reste pas de symptôme qui annonçât la souffrance de l'un ou l'autre des viscères. On enleva, le 19 août, toute la portion morbide de la jambe et après avoir amputé les 4 orteils du pied jusqu'aux os du métatarse, on réunit la plaie par première intention. L'opération fut suivie d'assez vives douleurs et d'une forte fièvre, accompagnée de nausées, de vomissemens et de soif, qui cédèrent à l'opium et à un traitement antifébrile. La plaie de la jambe était guérie le 4 septembre, et celle du pied était à cette époque couverte de granulations et de suppuration de bonne nature. Deux petits tubercules durs et bleuâtres, qui parurent après l'opération sur le côté interne de la jambe, furent enlevés, le 20 septembre, à l'aide d'une simple incision. Le malade quitta l'hôpital le 14 octobre, et retourna probablement en Suède en parfaite santé. La tumeur qu'on avait extirpée était composée de ce tissu particulier, fibro-cellulaire, qui caractérise la véritable mélanose. Il était pénétré d'un pigment noir-brunâtre, qui cependant ne se décolorait pas ; il était dur dans quelques endroits et mou en d'autres, et on voyait évidemment que ce n'était qu'une dégénérescence de la substance de la peau seule, sans participation du tissu cellulaire sous-cutané. L'oblitération de la peau dans les environs de la tumeur, démontrait encore davantage que la peau même en était le véritable siége. Car on y observait des petites tumeurs isolées de la même nature, mais d'une structure plus délicate que les grandes, et des taches et des points noirs, qui intéressaient l'épaisseur de la peau et semblaient être autant de germes de nouvelles tumeurs.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports. Le siége de la mélanose, dit l'auteur, est rarement dans la peau ; on n'en trouve des exemples que dans les ouvrages de MM. Ollivier (d'Angers) et Rayer. Ce qui est encore remarquable, c'est l'ulcération de la

tumeur, si rare dans la mélanose, et l'apparition des tubercules noirs au-dessous de la peau de la jambe après l'enlèvement de la tumeur principale. L'auteur a appris plus tard que le malade avait succombé un an après sa sortie de l'hôpital.

IIIe Obs. — Chrétien F., âgé de 25 ans, s'était aperçu au milieu de l'année 1830, d'une excoriation à la surface interne de la lèvre supérieure, qu'il attribuait à l'irritation produite par une dent cariée. Malgré qu'il se fût fait arracher cette dent et même quelques autres dents à côté, l'excoriation se transforma peu à peu en une plaie de mauvais aspect qui gagna en étendue. A l'entrée du malade à l'hôpital, le 26 août 1831, la plaie occupait le côté gauche de la surface interne de la lèvre supérieure, s'étendait à la joue et avait même détruit une partie de l'apophyse alvéolaire de la mâchoire supérieure du même côté. Ses bords étaient durs et renversés; le fond noirâtre sécrétait une matière séreuse de la même couleur. Dans la glande sous-maxillaire se trouvait une tumeur de la grandeur d'un œuf, très-adhérente aux parties sous-jacentes, de la même couleur que la peau, élastique dans le centre, mais dure à la périphérie. Quoiqu'aucun organe ne fut affecté particulièrement, l'altération de l'état général de la santé s'annonçait cependant par le dépérissement du malade, par son teint jaune-verdâtre et par l'abattement moral. L'extirpation de la partie morbide de la lèvre, de la joue et de la mâchoire supérieure fut faite le 28 août. Le malade succomba le 9 septembre avec des symptômes de la fièvre typhoïde. A l'autopsie une matière noirâtre s'écoula de la plaie dans la région sous-maxillaire; de là on pénétrait dans une cavité assez grande, à parois noires-brunâtres et renfermant une matière noirâtre, qui semblait provenir d'une masse organique ramollie et mêlée à du pus. On voyait sur les côtés, une tumeur du volume d'une noix et d'un tissu semblable au tissu propre aux mélanoses, qui colorait les doigts aussi noirs que l'encre de la Chine. Toute la tumeur était environnée d'un tissu cellulaire épaissi. Des glandes lymphatiques et endurcies, blanches ou grisâtres se trouvaient dans les environs de la tumeur; la glande sous-maxillaire paraissait un peu plus grande et plus dure que d'ordinaire. Le reste des viscères n'offraient rien d'anormal, sauf quelques traces de congestion et d'inflammation dans l'arachnoïde et sur la muqueuse des intestins grêles.

IVe Obs. — L'observation suivante est une espèce de pseudo-mélanose, qui, par sa nature diffère entièrement des faits précédens.

N. N., couturière, âgée de 50 ans, mélancolique depuis plusieurs années, fut reçue en 1829 dans l'hospice des aliénés. Elle conserva le mutisme le plus complet et tous les moyens qu'on employa pour la faire parler furent inutiles. Au commencement de 1832, elle fut atteinte d'une fièvre intermittente, et peu de temps après d'un ascite, qui augmenta rapidement et était accompagné de fièvre. La malade ayant perdu tout à fait l'appétit, dépérissait à vue d'œil. L'accumulation de sérosité dans l'abdomen devint telle qu'on fit la ponction. A l'aide de cette opération on évacua treize litres d'une sérosité limpide, mince et brune-jaunâtre; cette opération la soulagea au point que sa mélancolie disparut pour le moment et qu'elle commença à parler au médecin et aux personnes, qui l'entouraient. Après que les eaux furent évacuées et que le ventre se fut affaissé, on sentait dans son milieu une tumeur qu'on prît pour le foie endurci. Cette amélioration ne fut pas de longue durée, les eaux s'accumulèrent bientôt de nouveau; la mélancolie et le mutisme augmentèrent et la malade mourut dans les symptômes de consomption, le 8 juillet 1832.

A l'autopsie, on trouva 9 litres de sérosité dans l'abdomen. On voyait près du pylore, à la surface externe de l'estomac, une grande tache noire et plusieurs autres qui se confondaient sur le colon ascendant. Le duodénum et le reste des gros intestins avaient aussi une couleur grisâtre. Tout cela dépendait d'un dépôt de pigment, qui s'était formé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; les ramifications veineuses, qui prenaient leur origine de ces endroits, contenaient un liquide noirâtre et vert-olive. L'épiploon dégénéré formait une tumeur volumineuse entre l'estomac et le colon transverse, et consistait en un grand nombre de tubercules ronds, pâles, jaunâtres et mous, contenant une masse blanche-jaunâtre et encéphaloïde, mais sans trace de pigment noir. C'était là la tumeur qu'on avait sentie après la ponction. La plus grande partie du canal intestinal présentait aussi des tubercules ronds et demi-transparens; le foie était petit, mou et friable. La vésicule du fiel contenait un liquide limpide, les reins étaient petits, la rate à l'état naturel; on trouva quelques hydatides dans plusieurs endroits du ventre; le thorax offrait peu de capacité et était rétréci à cause que le diaphragme avait été considérablement refoulé en haut.

Les opinions sur la nature de la mélanose sont très-divergentes. Les uns (Laënnec, Dupuytren, Récamier, etc.), la considèrent comme un tissu accidentel hétérogène ou morbide et comme l'espèce la plus extraordinaire de carcinôme, qui n'est pas seulement une maladie locale, mais affecte à la fois tout l'organisme. D'autres, comme Meckel, Walther, etc., la regardent comme une tumeur encéphaloïde, mêlée avec du pigment noir. D'autres encore (Mérat, Breschet, Heusinger, Andral, Carswell, etc.), ont accepté le mot de mélanose dans un sens beaucoup plus étendu et y ont compris toutes les altérations pathologiques qui se caractérisent par un pigment noir; la mélanose, étant selon ces auteurs une altération de sécrétion, peut paraître, soit à l'état solide, soit à l'état liquide partout où il y a des sécrétions, tant à la surface des organes que dans leur parenchyme cellulaire. La mélanose n'est pour eux qu'un dépôt anorganique de matière noire et a la plus grande analogie avec le principe colorant du sang; ils la croient tout à fait anorganique, puisqu'ils n'ont trouvé aucune trace de tissu, de vaisseaux ou de nerfs dans ces collections mélanotiques. Notre auteur est porté à admettre l'opinion de Laënnec et regarde aussi ce qu'il nomme véritable mélanose comme une espèce particulière de carcinôme, tout en reconnaissant une fausse mélanose

(pseudomelanosis). Cette dernière, surtout mieux connue depuis les recherches modernes de Carswell, provient : 1° de l'introduction de matières carbonisées dans le corps ; 2° de l'action de certains agens chimiques, surtout des acides, sur le sang en stagnation ; et 3° de la stagnation du sang seule. Nous nous réservons, pour une autre fois, de rapporter plus en détail les considérations générales de l'auteur sur la mélanose, dont l'ensemble constitue pour ainsi dire une monographie sur cette affection intéressante, qui n'est pas encore complète dans les livraisons du journal que nous avons sous les yeux.

(*Journ. f. chir. u' Augenh.*, 1835. Vol. XXIII, liv. 1re).

Sur les tubercules gonorrhoïques ; par Gietl.

Cette maladie est restée presque entièrement inconnue jusque dans les temps modernes, où Autenrieth et Ritter en firent l'objet de recherches particulières. Toujours est-il vrai qu'il règne encore aujourd'hui beaucoup d'obscurité concernant les rapports de cette affection avec le virus gonorrhoïque, leur développement et leurs combinaisons, et il est même des médecins qui doutent de l'existence de ces tubercules.

L'auteur admet une différence essentielle entre le virus gonorrhoïque et le virus chancreux ; l'un et l'autre produit des affections secondaires particulières. L'auteur range les affections consécutives de la gonorrhée en trois groupes ; comprenant dans le premier les altérations organiques des organes génitaux et du système uropoëtique (strictura urethræ, scirrhus prostatæ et hyopertrophia urocystæ); dans le second les metastases aiguës de la gonorrhée (orchitis, prostatitis et ophthalmitis gonorrhoïca); et dans le troisième une dyscrasie gonorrhoïque particulière, qui donne naissance au *herpes gonorrhoïcus*, aux *dolores artuum vagi gonorrhoïci* (rheumatismus gonorrhoïcus, arthritis gonorrhoïca) et aux *tubercula gonorrhoïca.*

I. *Symptômes et génèse des tubercules gonorrhoïques.* Aucun symptôme caractéristique ne semble annoncer la première période de développement de ces tubercules. Ce n'est que lorsque ceux-ci commencent à troubler les fonctions des organes par leur étendue et leur volume, qu'ils se manifestent par des caractères sensibles et différens suivant les organes qu'ils occupent. Des douleurs rhumatismales dans les lombes et dans diverses régions musculaires en sont les précurseurs ordinaires ; si les tubercules commencent à se former au cou, ils sont précédés de douleurs dans la gorge sans inflammation ou ulcération de la muqueuse, alternant avec le coryza. Il se forme ensuite de petites tubercules durs du volume d'une lentille ou d'un pois, situés au-dessous de la peau, qui deviennent les noyaux des tubercules futurs. Ils s'accroissent, sans exciter les moindres symptômes alarmans, à moins qu'il se soit formé de pareils tubercules dans les organes internes. Ne soupçonnant pas la gravité de leur mal, les malades le prennent pour un simple engorgement des glandes. Lorsque les tubercules ont une fois atteint le volume d'une noisette, ils ne sont plus mobiles dans le tissu cellulaire, et une forte pression n'y développe aucune sensibilité. La peau correspondante n'est pas altérée. Ils se forment très-lentement tant sous la peau que dans les organes internes. Les dissections cadavériques que l'auteur a eu occasion de faire à Vienne lui ont appris ce qui suit, concernant l'anatomie pathologique. Ces corps tuberculeux sont en effet des productions *nouvelles ;* Autenrieht et d'autres sont dans l'erreur, lorsqu'ils les prennent pour des glandes engorgées. Il se forme d'abord dans le tissu cellulaire un petit tubercule jaunâtre et dur, qui se transforme par accroissement en un tubercule plus volumineux, ou plusieurs petits tubercules se réunissent en un seul. Entourés de la graisse sous-cutanée ou du parenchyme des organes, ils n'ont pas de kyste, ni des vaisseaux à leur surface ou à l'intérieur ; ils ne dépassent jamais le volume d'un œuf de poule et présentent à leur coupe une masse uniforme, jaune-blanchâtre et compacte, sans fibres et sans anneaux concentriques ; on peut les comparer à de la graisse endurcie et, par conséquent, le terme de stéatome gonorrhoïque semble être la plus propre pour exprimer leur nature. L'auteur a quelquefois trouvé les tubercules ramollis dans leur centre. Ils présentent sous le rapport de fréquence dans les différens organes, l'ordre suivant :

A. La formation tuberculeuse commence dans le testicule ; de là elle monte le long du cordon spermatique et pénètre dans le bassin, où elle se continue le long de l'artère iliaque et de l'aorte. Chez un homme robuste, atteint d'un rétrécissement de l'urètre consécutif à plusieurs attaques de gonorrhée, et mort subitement d'apoplexie, l'auteur trouva dans le parenchyme du testicule droit 3 à 4 tubercules stéatomateux de la grandeur d'un pois : la tunique vaginale était en même temps stéatomateuse en partie. On voit souvent un grand nombre de tubercules, qui longent la partie antérieure de la colonne vertébrale chez des individus opérés du sarcocèle. Ce développement des tubercules le long de l'aorte abdominale est plus fréquent et plus étendu encore chez les femmes que chez les hommes, ce qui s'explique par la situation différente des organes de la génération dans les deux sexes.

B. Les stéatomes gonorrhoïques peuvent se développer en premier lieu dans le voisinage des artères carotides et descendre avec ces dernières dans le thorax jusqu'à la crosse de l'aorte, d'où ils se répandent ensuite sur tous les organes thoraciques.

C. Ils fixent souvent aussi leur siége sur les membranes séreuses et surtout sur le péritoine qu'on trouve quelquefois tout à fait couvert de tubercules. Ils restent toujours petits, comme une lentille ou un pois, n'acquièrent guère le volume d'une fève, occupent le feuillet externe du péritoine et pénètrent un peu dans le parenchyme du foie, de la rate et des autres organes abdominaux, là où le péritoine vient les recouvrir. On les a aussi trouvés sur la plèvre, le péricarde et l'arachnoïde.

D. Quelquefois ces productions morbides n'occupent qu'un seul organe, et le plus fréquemment, les organes du système de la génération et uropoëtique. Sur deux cadavres, l'auteur les a vues occuper en même temps le testicule, la glande prostate, la vessie, les urétères et les reins; les tubercules avaient tous le même volume de sorte qu'on pût présumer que leur origine dans ces organes avait été simultanée et que le testicule n'en avait pas été atteint avant les autres. Ils peuvent se former isolément dans d'autres organes qui, par des maladies précédentes ou par faiblesse de la constitution présentent plus de disposition à l'action morbide.

II. *Etiologie.* — La gonorrhée mal traitée, et négligée, et l'infection réitérée constituent la cause principale de cette affection. La résorption graduelle et continuelle du virus gonorrhoïque semble donner lieu à une véritable dyscrasie, qui se manifeste par ces stéatomes. Mais nous ignorons entièrement les conditions et les rapports qui favorisent le développement de ces stéatomes; ce qui est remarquable, c'est leur rareté comparée à la fréquence des affections gonorrhoïques négligées.

Néanmoins ils ne sont pas aussi rares qu'on serait tenté de le croire. Les malades se portent quelquefois bien pendant des années quoique atteints de tubercules, et lorsqu'il vient à se manifester des symptômes inquiétans, on en a souvent oublié la véritable source. Quelle est la prédisposition nécessaire à leur formation? Faut-il, peut-être, pour cela que le virus gonorrhoïque se combine avec d'autres principes morbides? L'auteur avait d'abord supposé qu'il fallait une constitution scrofuleuse pour que les gonorrhées négligées pussent dégénérer en des productions morbides, supposition qu'il a reconnu comme gratuite lorsqu'il eut occasion d'observer de ces malades qui ne présentaient aucune trace de scrofules. Qui sait s'il ne faut pas peut-être le concours d'une disposition rhumatismale ou arthritique? On ne sait pas combien de temps la gonorrhée peut être négligée, sans donner lieu à cette maladie.

III.—*Diagnostic.* On pourrait confondre cette affection avec d'autres maladies accompagnées de la formation de tubercules. Et d'abord, avec les scrofules qui donnent lieu à la formation de tubercules, non-seulement dans les glandes lymphatiques, mais dans tous les organes; dans les nécropsies des enfans scrofuleux on trouve les membranes séreuses et surtout le péritoine, couvertes de petits tubercules. On a pensé que c'était surtout les enfans issus de parens atteints de gonorrhée chronique, qui étaient sujets à cette formation tuberculeuse (tubercules gonorrhoïques héréditaires). Ce fait est encore indécis, bien qu'on ne puisse nier la multiplicité des rapports des maladies syphilitiques et scrofuleuses.

L'hydrargyrose (affection mercurielle) soit qu'elle se soit développée par suite de l'ingestion du mercure comme médicament ou par un séjour continuel dans les vapeurs de ce métal, est apte à produire dans les poumons des tubercules d'un aspect sébacé ou stéatomateux (en quelque sorte semblable aux tubercules gonorrhoïques), qui se transforment en une masse caséeuse et grasse à la *période de macération.*

Enfin, l'auteur pense que toute discrasie, quelle que soit la cause d'où elle dépende, peut donner lieu à la formation des tubercules; c'est ainsi qu'ils peuvent aussi bien se développer à la suite des gonorrhées prolongées et réitérées que succéder aux affections catarrhales et habituelles des poumons.

IV. — *Pronostic.* Autenrieth et Ritter regardent cette maladie comme absolument incurable, même à son début. En effet, toutes les médications qui ont été tentées jusqu'ici, ont échoué et n'ont pas pu prévenir sa terminaison funeste. Les tubercules une fois étendus sur plusieurs organes et ayant atteint un développement tel qu'ils provoquent des troubles fonctionnels dans les organes, doivent faire porter le pronostic le plus défavorable et ôtent tout espoir de guérison. L'auteur croit au contraire leur guérison possible lorsqu'ils n'ont pas encore acquis cette étendue et ce volume.

V. *Traitement.* Autenrieth a employé sans succès les diurétiques, comme par exemple les cantharides. Ritter essaya inutilement le mercure précipité, le sublimé, l'arsenic, l'or et les bois sudorifiques; d'autres médecins ne furent pas plus heureux par l'emploi de la méthode d'extinction de Montpellier, et les frictions d'après la méthode de Louvrier. Schoenlein a essayé une fois, selon le conseil d'Autenrieth, d'inoculer de nouveau au malade le virus gonorrhoïque, et il a observé en effet qu'après 27 jours d'écoulement gonorrhoïque, le dégorgement des tubercules du cou était considérable. Mais Autenrieth lui-même a prévenu des dangers auxquels on exposait le malade à l'aide d'une semblable expérience; car ne se pourrait-il pas facilement que la gonorrhée récente prit le cours de l'ancienne affection et que cette inoculation, au lieu de guérir le mal, vint encore augmenter l'affection existante? Il est même des cas, où les tubercules commencent à paraître pendant que l'écoulement gonorrhoïque dure encore, de sorte que l'inoculation devient alors absolument impraticable.

L'auteur ne voulant pas rester dans l'ancienne routine et tenter des remèdes dont l'inefficacité avait été constatée par l'expérience, résolut d'employer l'iode à l'intérieur et à l'extérieur. Le premier malade qui se présenta à lui, fut un homme vigoureux n'offrant pas la moindre trace d'une affection scrofuleuse. Il employa l'iode, d'après la méthode recommandée par Lugol pour le traitement des maladies scrofuleuses. Deux fois par jour des frictions furent faites sur les tubercules du cou avec la pommade d'iode et le malade prit à l'intérieur tous les jours un grain d'iode et 2 grains d'hydriodate de potasse en dissolution. Le régime était assez sévère; le malade n'était cependant pas tout à fait privé de l'usage de la viande. Ce ne fut que dans la troisième semaine de l'emploi de l'iode qu'on s'aperçut du dégonflement des tubercules, dégonflement qui devint de plus en plus sensible au point qu'à la huitième semaine et la gonorrhée et les tubercules avaient disparu, à l'excep-

tion d'un petit ganglion à peine gros comme une fève et presque imperceptible, parce qu'il paraissait se confondre avec le tissu cellulaire environnant. Le malade fut entièrement guéri. L'auteur invite les médecins, et surtout ceux qui se trouvent à la tête des hôpitaux, de répéter ses expériences, afin de trouver une méthode propre à guérir cette maladie meurtrière.

(*Journ. d. Chir. u. Augenh*, 1835. vol. XXIII, liv. 3.)

MISCELLANÉES.

—

SUR LE CHLORE ET SON EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES.

I. *Sur l'impossibilité de l'emploi interne du chlore;* par le Dr Meurer, pharmacien à Dresde.

Dans un article du journal hebdomadaire de Casper (n° 18, 1835), M. Meurer prétend que toutes les fois que les médecins prescrivent du chlore, les malades n'en reçoivent jamais réellement, puisque le chlore, à cause de sa grande affinité chimique pour l'hydrogène ne tarde pas à se transformer en acide muriatique. En dissolvant deux gros d'extrait de belladone dans quelques onces d'eau chlorurée, l'odeur du chlore disparaît de suite après la dissolution; la même chose arrive avec d'autres mélanges faits, par exemple, avec l'eau chlorurée et la décoction de guimauve, le sirop de guimauve, l'infusion de valériane, les solutions de suc de réglisse ou de sirop de framboises; l'odeur particulière du chlore se perd dans ces mélanges et on ne peut y distinguer que l'acide muriatique. Ces mélanges rougissent le papier de tournesol; dans l'eau chlorurée simple, au contraire, la couleur disparaît entièrement. M. Meurer tire de ces expériences la conclusion que le chlore, à son état pur, ne peut s'employer qu'à l'extérieur, soit sous forme de gaz pour désinfecter l'air, soit sous forme d'eau chlorurée, pour arroser les objets externes. Mais jamais, dit M. Meurer, le chlore administré à l'intérieur n'a produit des effets; *c'est à l'acide muriatique* que tout le mérite en appartient. Le chlore, lorsqu'il pénètre à l'intérieur du corps, agit d'une manière destructive.

Cette assertion de M. Meurer, appuyée sur quelques expériences superficielles, a provoqué deux autres articles, publiés dans le même journal (n° 44), dont nous nous contentons de reproduire le suivant :

II. *Sur l'emploi interne du chlore*, par M. Herzog, médecin de district à Posen.

Ne pouvant pas croire que plusieurs années aient pu se passer sans que les médecins se soient aperçus de l'erreur de confondre les effets du chlore avec ceux de l'acide muriatique, M. Herzog a fait plusieurs expériences, afin de vérifier le fait avancé par M. Meurer. Ayant préparé plusieurs décoctions, infusions et mélanges, chacune à la quantité de 4 onces, il ajouta à toutes ces préparations de l'eau chlorurée en raison de 2 à 1. En voici les résultats : 1, Le mélange perdit l'odeur et la saveur du chlore, aussitôt qu'on y mêla un extrait quelconque (Extr. graminis, Trifolii, Liquirit.) ou la teinture de cachou, à raison d'environ un gros; le mélange offrit alors en même temps une réaction acide.

2, L'odeur et la saveur, particulières au chlore, devinrent plus faibles par l'effet de la décoloration d'un mélange composé de 3 onces d'eau, d'une once de sirop de framboises et de 2 onces d'eau chlorurée; néanmoins on les distingua encore, quoique moindres, après 24 heures.

3, Le chlore s'affaiblissait lorsqu'on l'ajoutait aux infusions et aux décoctions de substances végétales; cet affaiblissement était cependant peu notable dans une décoction peu colorée de racine de guimauve: il ne fut pas du tout perceptible dans la décoction de salep, dans les potions incolores, faites avec de la gomme arabique ou avec de l'eau ou du sirop simple, de sorte que même après 12 heures, on pût encore distinguer dans ces mélanges l'odeur et la saveur du chlore.

En mêlant égales parties d'eau et de sirop de framboises avec l'eau chlorurée en quantité suffisante pour détruire la couleur du mélange, on n'y apercevait plus ni odeur ni saveur et le mélange était devenu distinctement acide. La quantité de chlore nécessaire à cette expérience, était de 3/8. En continuant d'y ajouter du chlore, ce dernier conservait pendant longtemps ses propriétés en raison de sa quantité. Le charbon animal et végétal, et la racine d'Alkanna, à 1 gros sur une once d'eau chlorurée, décomposent rapidement cette dernière.

Il résulte de ces expériences que ce n'est que le *principe colorant* qui produit la décomposition du chlore au moyen de nouvelles combinaisons. Les mélanges décolorés et limpides, au contraire, contiennent le chlore, sans en altérer ni la quantité, ni les propriétés, et ce dernier peut être ingéré dans l'estomac tel qu'il se trouve dans ces mélanges. Administré sous forme d'eau chlorurée, étendu d'eau, le chlore est encore moins exposé à subir des altérations et peut être employé sans danger et sans inconvénient. Tout ce qu'on a à éviter, en faisant usage du chlore à l'intérieur, c'est de ne pas l'exposer à l'influence du soleil, ni à le mêler avec des substances colorantes. Dans tous les cas, où l'emploi du chlore s'est fait suivant ces règles, on peut être assuré que les effets qu'il a produits, ont été ceux propres à cette substance elle-même.

WOCHENSCHRIFT

FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE, VON CASPER.

Expectoration de concrétions membraneuses sans croup concomitant; observation communiquée par Casper.

Au rapport de Cheyne, d'autres maladies que le croup peuvent présenter des concrétions polypeuses qui se forment dans les bronches. Cet auteur en distingue de deux espèces : on ne rencontre la première, dit-il, que simultanément avec une pneumonorrhagie, de sorte que dans ce cas la concrétion paraît être due à la coagulation du sang épanché dans les bronches. Le second genre de polypes des bronches diffère essentiellement de ceux dont nous venons de parler. Ils sont d'une couleur plus blanche et plus nette, se divisent ordinairement en branches, sont lamellaires, un peu solides, quelquefois tubulaires, et plus ou moins denses. Ces concrétions sont ordinairement le symptôme d'une maladie chronique. Elles sont précédées d'affections catarrhales, et accompagnées de toux; mais jamais la respiration n'est halétante, ni difficile. La quinte de toux qui précède l'expulsion de ces concrétions, est parfois fort violente. Cette expulsion faite, les poumons se sentent débarrassés et se dilatent plus librement. Ces malades sont souvent restés sept et huit ans atteints de ce mal et n'ont pas moins eu pendant ce temps des périodes d'intermission et d'un bien être relatif. Cette maladie n'est pas exclusivement particulière à un âge avancé, bien qu'on l'observe le plus fréquemment à cette époque de la vie. Les concrétions ne sont pas formées d'un simple caillot de sang; elles dépendent de la sécrétion d'une surface enflammée et ne diffèrent en rien des concrétions membraneuses qui se forment dans le croup. Cependant cette espèce de bronchite *n'atteint jamais le même degré d'intensité que la phlegmasie croupale.*

Quoique Cheyne parle de cette affection comme d'une maladie assez fréquente, les lecteurs ne seront pas moins d'accord avec l'auteur, que chez nous on observe très-rarement l'expectoration de masses polypeuses sans croup préalable. C'est à cause de la rareté du fait que le cas suivant nous a paru digne d'être communiqué. Une semblable masse de concrétions polypeuses à celle observée dans ce cas, n'a peut-être jamais été expulsée, même dans les cas les plus violens du croup; et, chose remarquable, dans la dernière période de l'affection, la formation des membranes n'a plus été accompagnée d'accidens inflammatoires : d'où il semblerait résulter que ces productions morbides peuvent se développer dans la trachée-artère même sans inflammation considérable; s'il était vrai, et ce cas vient en effet à l'appui de cette supposition, que dans le croup il n'y a pas connexion intime entre l'inflammation et la formation de la pseudo-membrane, on expliquerait plus facilement l'action de certains remèdes, comme par exemple celle du foie de soufre, du sulfate de cuivre, etc., auxquels on n'a pas accordé jusqu'ici de vertus anti-phlogistiques. Ce cas vient en outre prouver que le danger du croup n'est pas uniquement dû à l'exsudation lymphatique et à l'obstruction mécanique consécutive des voies aériennes. Ce qui paraît le plus contribuer au caractère insidieux du croup, c'est l'inflammation *spécifique* ou *sui generis*, qui le distingue et qui offre des rapports d'analogie avec les encéphalites consécutives à la scarlatine, avec certaines inflammations du péritoine et d'autres affections, différentes tant par leurs symptômes, que par le traitement qui leur convient, des autres inflammations en général.

Henriette Schur, âgée de 12 ans, d'une constitution lymphatique, se trouvant depuis sa première enfance sous l'influence de la dyscrasie scrofuleuse, se trouve le 2 mai atteinte d'un catarrhe inflammatoire, qui ne tarda pas à céder à l'application de huit sangsues et à l'usage d'une potion nitrée. La malade est à même de pouvoir se lever le quatrième jour; elle tousse encore de temps en temps, mais sans difficulté et sans qu'on ait pu présumer les phénomènes remarquables qu'on observa plus tard.

Dans l'après-dînée du 7 mai, la malade, saisie inopinément d'une toux violente avec crainte de suffocation, expectore un corps blanc-jaunâtre et polypeux, semblable à de la graisse figée et tellement ferme et tenace qu'il ne se laisse pas facilement déchirer. *Ce corps présente exactement la forme des ramifications bronchiques : vingt-deux* autres masses de la même nature et de la même forme sont expulsées pendant les douze jours suivans. Les douzes premières fois l'expulsion est accompagnée de toux violente et d'accès de suffocation; elle est, au contraire, très-facile les douze dernières fois. L'enfant s'est levé, est sans fièvre, a bon appétit et dort bien : L'auteur ne lui remarque qu'une raucité de la voix, qui cependant existait déjà depuis plusieurs années. — Il reste encore à noter que cette expectoration eût lieu presque régulièrement deux fois par jour, une fois le matin et une fois vers minuit. L'enfant guérit sans qu'on le soumît à aucun traitement actif.

(*Casper, Wochenschrift*, 1836, n° 1.)

—

Observation de pustule maligne spontanée; communiquée par Barez.

Il semble être généralement reconnu que le *charbon contagieux* prend toujours son origine de la contagion transmise des animaux à l'homme. Le cas suivant, observé par l'auteur, il n'y a que peu de mois, semble prouver qu'une maladie, pour ainsi dire identique avec le charbon contagieux peut se développer spontanément et sans contagion.

Le 2 octobre 1835, un individu, âgé de 40 ans, au teint jaunâtre, aux yeux noirs, et d'un tempérament cholérique, vint consulter M. Barez pour une légère affection de la peau à la joue droite. Sur le milieu de la joue on apercevait une petite phlyctène, remplie d'un liquide jaune foncé ou plutôt rouge-jaunâtre, grande comme une tête d'épingle et formant le centre d'un disque dur, rond et indolent, qui s'étendait dans l'épaisseur du derme jusque dans le tissu adipeux sous-jacent. Immédiatement au-dessous de l'angle droit de la mâchoire inférieure on sentait une glande lymphatique engorgée et dure, du volume d'une noisette. Ces symptômes locaux n'étaient accompagnés d'aucun désordre dans les fonctions. L'auteur soupçonnant la gravité imminente du mal, ordonna un vomitif et fit couvrir toute la joue d'un cataplasme un peu aromatisé. Le malade revint le lendemain, disant avoir vomi et évacué plusieurs fois; son pouls était accéléré. La phlyctène de la joue s'était très-peu agrandie; mais deux à trois autres phlyctènes, plus petites encore, s'étaient élevées à côte de la première. Le disque dur avait acquis l'étendue d'environ un demi-franc; toute la joue était un peu gonflée, mais indolente; la glande lymphatique persistait dans le même état. Répétition du vomitif; on recommande au malade de ne pas quitter son appartement. Le vomitif provoque de nouvelles évacuations d'une bile verdâtre tant par haut que par le bas. Nuit sans sommeil.

3me *jour.* La phlyctène primitive avait acquis la grandeur d'un pois et était d'une couleur noire-rougeâtre. Trois ou quatre phlyctènes se trouvaient à côté de la première, sur un fond rouge. L'endroit dur, au-dessous du derme, avait acquis la grandeur d'une pièce d'un franc; il n'était pas sensible à la pression. Toute la joue était gonflée; sa partie inférieure et la région sous-maxillaire étaient dures et tendues, sans être décolorées, ni brûlantes, ou douloureuses. Pouls dur, à 106. Le malade se plaignait d'une grande lassitude, qu'il attribuait à l'insomnie. L'auteur prescrivit un troisième vomitif, qui resta sans effet. Le cautère actuel fut appliqué le même jour à deux heures; son action s'étendit deux lignes au delà de la circonférence du disque dur. L'escarre fut d'abord couverte de compresses froides, et après quelques heures, pansée avec *ungt. simpl.* On donna à l'intérieur l'élixir acide de Haller. Vers le soir et dans la nuit, 8 à 10 selles liquides.

4me *jour.* Tumeur de la joue augmentée, paupières œdématiées, sans trace de rougeur inflammatoire dans la circonférence de l'escarre. Fièvre modérée, langue nette. On ordonne de nouveau un vomitif, qui ne provoque que des selles abondantes et liquides, mais pas de vomissemens. Le malade était assez bien du reste; le ventre n'était pas douloureux à la pression. Vers le soir on couvrit une grande partie de la joue d'un vésicatoire.

5me *jour.* Le vésicatoire avait soulevé une ampoule, sans que la peau environnante offrit de la rougeur. L'œdème des paupières avait disparu. La nuit s'était passée sans sommeil. Les symptômes ne changèrent pas beaucoup jusqu'au 7me jour.

7me *jour.* L'auteur trouva le malade dans un grand épuisement, avec le pouls très-petit et faible, de 125 à 130, les traits grippés et la respiration entrecoupée de temps à autre par de profonds soupirs. Il assurait, malgré cet état des choses, qu'il était bien. Rien n'avait changé dans l'apparence de l'escarre et de ses alentours; aucune rougeur n'était perceptible. Il n'y avait que la partie inférieure de la joue droite, qui d'abord avait été dure et tendue, qu'on sentait maintenant molle et empâtée. Urines foncées et bilieuses; selles liquides; ventre ballonné, mais indolent. (*Infus. flor. arnicæ et rad. serpent.* avec camphre, teinture de valériane et opium.)

8me *jour.* Extrémités froides, pouls guère sensible. Pas de délire. Le malade expira le même jour à 6 1/2 heures du soir.

Autopsie. L'escarre de la joue droite était molle, pultacée et noire-brunâtre à sa surface; dense et adhérente par ses bords dans la profondeur. Le derme s'était transformé en une masse noire et consistante, formant avec le tissu cellulaire sous-cutané une masse cohérente, lardacée et marbrée de blanc, rouge, et noir, et s'étendant sous le derme plus loin qu'on pouvait le présumer par la grandeur de l'escarre externe. Cette masse marbrée était en partie friable, en partie de la consistance d'un fibro-cartilage. La dégénérescence s'étendait dans le tissu cellulaire entre le bord inférieur du muscle zygomatique et le bord antérieur du masséter, à la profondeur d'un pouce jusqu'à la surface externe du muscle buccinateur. Les muscles et l'os zygomatique étaient intacts. Tout le tissu cellulaire de la joue était grumeleux, cassant et privé d'élasticité. Les glandes lymphatiques sous-jugulaires étaient considérablement gonflées et pénétrées d'une couleur noire rougeâtre, par places, ramollies; sans contenir de liquide, cette altération des glandes lymphatiques se bornait au bord supérieur du sternum et ne s'étendait pas aux glandes bronchiques. La cavité thoracique ne présentait pas d'altération notable. La cavité abdominale était remplie d'une grande quantité d'un liquide trouble et entremêlé de flocons fibrineux; le péritoine offrait dans toute son étendue des traces de l'inflammation. Le canal intestinal présentait une altération remarquable; au-dessous de l'extrémité du duodénum on trouva une tumeur arrondie, résistante, noirâtre, baignée de sang rouge-noir, grande comme une aveline et épaisse de 4 à 6 lignes, couverte d'exsudations fibrineuses à sa surface séreuse; cette tumeur intéressait plusieurs valvules conniventes et la muqueuse était ramollie sur ses bords. Le tissu musculaire sous-muqueux et la membrane vasculaire étaient

fort épais (de 3 à 4 lignes), engorgés, marbrés et *ne différant en rien de la coloration des tissus du charbon de la face*. D'autres tumeurs du même genre, plus ou moins grandes, dont aucune au-dessous du volume d'une noisette, occupaient le tube intestinal, au nombre de plus de trente, jusqu'à la valvule iléo-cœcale. Le gros intestin n'en contenait pas une seule. Les glandes mésaraïques présentaient la même dégénérescence que les glandes lymphatiques du cou; plusieurs d'entre elles avaient le volume d'un œuf de pigeon.

C'est surtout par rapport à l'origine spontanée de la maladie et par les résultats de l'autopsie, que le cas précédent mérite de fixer notre attention. L'auteur n'a pu découvrir la moindre cause qui put faire attribuer l'origine de l'affection à la contagion. Le malade, autrefois libraire, avait demeuré depuis deux ans à Berlin, où il s'était occupé d'un procès fort important et d'ouvrages littéraires. Les fastes de l'art ne contiennent pas d'exemple de l'existence d'un aussi grand nombre de tumeurs gangréneuses dans la cavité abdominale et surtout dans le canal intestinal (1).

(*Casper, Wochenschrift*, 1836, n° 3.)

Guérison des fistules intestinales par le cautère actuel.

Ire Obs. — Un ouvrier, âgé de 24 ans, d'une constitution robuste, s'était fait, dans une chute en arrière, pendant qu'il portait avec les deux mains une pierre pesante, une contusion considérable à l'abdomen, dans une étendue de 7 à 8 pouces sur le côté droit, près du nombril. L'accident fut suivi de nausées, de vomissemens et d'une douleur à l'endroit de la blessure, douleur qui s'étendait jusque dans l'épaule droite. Le malade était tourmenté d'une soif ardente et d'une sécheresse de la bouche, qui excitèrent le besoin de boire souvent : mais les boissons étaient rejetées, aussitôt qu'il les avait prises. Le malade fut constipé pendant plusieurs jours; il n'urinait que peu et rarement pendant les premiers jours après l'accident. Ces symptômes avaient diminué par l'application de fomentations froides sur le ventre et de lavemens; il se forma néanmoins des abcès, dont l'un, s'étant ouvert spontanément six semaines après l'accident, donna issue à du pus mêlé de sang et d'excrémens. Ce ne fut qu'alors que M. Fingerhuth, rapporteur de ces observations, fut consulté.

Il trouva le malade dans un amaigrissement considérable; le ventre ballonné et tendu, surtout à droite, présentait à deux pouces du nombril, un peu en bas et à droite, une ouverture fistuleuse du diamètre de 4 à 5 lignes, à travers laquelle il s'écoulait une sérosité purulente mêlée d'excrémens liquides. Au-dessus de cette ouverture, vis à vis du bord antérieur du foie, on voyait un point rouge, se terminant en pointe et offrant de la fluctuation. Une incision pratiquée dans cette tumeur, ayant donné issue à une assez grande quantité de pus, ressemblant à de la lie de vin, les parties voisines de la tumeur s'affaissèrent, la douleur diminua et le malade fut à même de se coucher dans une position penchée sur le côté droit. Cet abcès du foie se ferma en peu de temps à l'aide des cataplasmes émolliens et d'un régime doux et nourrissant; la fistule intestinale, au contraire, ne se rétrécit point et continua de laisser passer les matières excrémentitielles des intestins. L'auteur essaya plusieurs remèdes escarrotiques, mais sans succès. La teinture des cantharides, appliquée au moyen de pelotons de charpie, produisit encore les résultats les plus favorables; les granulations restèrent néanmoins blafardes et pâles. L'auteur résolut alors de faire la cautérisation à l'aide d'un fer rougi droit, cylindrique et proportionné au diamètre du canal fistuleux. En introduisant le fer chauffé dans la fistule, il cautérisa ainsi dans toute son étendue ses parois internes, ce qui occasionna de vives douleurs. Les tissus cautérisés se couvrirent bientôt de granulations de bonne nature; la fistule se rétrécit considérablement et finit par se fermer entièrement après une seconde cautérisation au moyen d'un cautère de la grosseur d'une plume de corbeau.

IIe Obs. — Un paysan, fort et robuste, reçut dans l'été de 1834, un coup de pied de cheval sur le côté droit du ventre, à peu près deux pouces au-dessus du ligament de Poupart et à égale distance de l'épine antérieure et supérieure de l'ilium et de la ligne blanche. L'auteur entreprit le traitement du malade deux jours après l'événement. Il souffrait alors d'une entérite caractérisée par les symptômes ordinaires, figure pâle et dépourvue de turgescence, langue rouge et sèche, soif presque inextinguible; vomissemens violens d'un liquide verdâtre et amer; agitation, ballonnement et sensibilité du ventre, etc. Les symptômes alarmans disparurent par l'emploi d'un traitement antiphlogistique énergique, qui cependant ne put empêcher le développement de la suppuration. Deux abcès, distans d'un pouce l'un de l'autre, s'ouvrirent à l'endroit blessé, vingt jours après l'accident, et donnèrent issue à du pus et à des liquides intestinaux; l'examen les fit reconnaître pour des fistules stercorales, correspondantes aux intestins grêles. L'ouverture fistuleuse se rétrécit jusqu'au diamètre d'un tuyau de plume par l'application de la teinture des cantharides; mais le travail de la guérison s'arrêta là. Ne pouvant plus espérer de ce mode de traitement l'oblitération définitive de la fistule, l'opérateur eut recours à la cautérisation à l'aide du fer rouge. Le succès fut tel qu'après la troisième application du cautère, la fistule était complétement cicatrisée.

(*Casper Wochenschrift*, 1836, n° 5.)

---

(1) *Cramer* rapporte dans le n° 12, du journal hebdomadaire de Casper (1836) deux autres cas de *pustule maligne*, dont il croit l'origine spontanée, comme dans l'observation de *Barez*. Ces cas ne se sont cependant pas terminés d'une manière aussi funeste. Ils ont tous les deux débuté par une douleur lancinante et instantanée, qui pouvait faire croire que des insectes ou des mouches eussent peut-être été les porteurs de la contagion. M. Cramer recommande l'excision et la cautérisation de la partie affectée.

Exanthème scarlatineux de la langue; observation communiquée par le docteur Lieber, de Berlin.

1. Un jeune homme, âgé de 15 ans, fut atteint dans l'automne de 1834, de miliaire scarlatineuse, pendant qu'une épidémie de scarlatine régnait à Berlin. La maladie étant déjà parvenue à l'époque de desquamation, l'auteur remarqua un jour *que toute la langue était couverte d'une foule de vésicules miliaires.* L'examen de ces vésicules, fait avec tout le soin possible, donna la conviction qu'on n'avait pas affaire aux papilles de la langue, qui se trouvent toujours plus développées chez les malades atteints de scarlatine, mais que c'était de petites phlyctènes, remplies d'un fluide limpide, qu'on n'apercevait cependant pas dans le reste de la cavité de la bouche. Ces phlyctènes restèrent pendant 5 ou 6 jours, sans que les malades n'en éprouvèrent de sensation désagréable à la langue, et sans que la marche de la maladie en fut altérée ou retardée. Elles disparurent d'abord dans le milieu et ensuite sur les bords de la langue, sans desquamation.

2° Peu de temps après, l'auteur examinant avec plus de soin la langue des malades atteints de scarlatine, vit une fille, âgée de 16 ans, affectée de scarlatine après avoir été guérie de plusieurs ulcères syphilitiques. Malgré l'intensité de l'éruption et de la fièvre, la maladie prit un cours régulier; mais à l'approche de la période de desquamation les phlyctènes miliaires, surtout celles de la figure et de la poitrine, se remplirent de pus et acquirent le volume de 2 à 3 têtes d'épingles. Sans se transformer en condylômes ou en ulcères, elles passèrent à la dessiccation, laissant après elles des taches un peu rouges, qui disparurent bientôt à leur tour. En même temps que le pus commençait à paraître dans les phlyctènes miliaires, on observait *une collection purulente longue et large de quelques lignes dans le milieu de la langue, et à sa pointe deux phlyctènes tout à fait semblables à celles de la figure.* La langue elle-même, d'un rouge inflammatoire, se tuméfia considérablement et devint douloureuse. Le traitement expectatif et l'usage d'un collutoire mucilagineux suffit pour faire résorber le pus en 5 à 6 jours, et la fille se rétablit parfaitement. Quelques nouveaux et isolés que paraissent les deux faits précédens, ils ne le sont plus, lorsqu'on considère la foule de phénomènes analogues observés dans d'autres maladies éruptives. Quoique dans la scarlatine simple la formation de phlyctènes soit chose rare, le caractère particulier de la langue des malades atteints de scarlatine (la rougeur extraordinaire de cet organe et le développement remarquable de ses papilles) semblerait indiquer que l'exanthème simple peut se répandre sur l'épithélium de la bouche, sans pouvoir cependant entraîner après lui la desquamation.

(*Schmidt's Jahrbuecher*, avril 1836, *u. Casper's Wochenschrift*, 1835, n° 28.)

RADIUS UND CLARUS,

BEITRAEGE ZUR PRACTISCHEN HEILKUNDE.

Utilité du charbon animal dans le traitement de l'endurcissement et du carcinôme de l'utérus; par E. Schmalz, à Dresde.

Ire Obs. — Mad. H., âgée de 33 ans, d'une constitution délicate, mère de deux enfans sains, vivant dans une position gênée, se plaignit, en avril 1831, d'un grand abattement, d'anorexie, de douleurs de reins, d'une douleur brûlante dans le bas-ventre, au-dessous du nombril et s'étendant jusque dans les cuisses, d'irrégularités dans la menstruation et de l'écoulement d'un sang muqueux et de mauvais aspect par la vulve. Cet écoulement s'accompagnait d'une pression, semblable aux douleurs de l'enfantement et était devenu très-considérable depuis les derniers jours. La malade avait le teint pâle et cachectique, la langue était enduite de mucosités; les excrétions se faisaient lentement. A l'exploration, on trouva l'utérus considérablement engorgé et endurci. Des émotions tristes, de différentes espèces paraissaient avoir occasionné sa maladie.

L'auteur ordonna le repos, la situation horizontale et l'usage de légers purgatifs; et après avoir fait cesser par ces moyens les pertes et les symptômes les plus graves, il fit prendre le *charbon animal,* préparé d'après l'indication de Weisse (1), d'abord à la dose de 3 grains, et en augmentant ainsi jusqu'à la dose de 20 grains trois fois par jour. Ce remède, continué pendant tout l'hiver suivant et aidé par l'emploi de bains et un voyage de distraction fit disparaître l'engorgement de l'utérus; l'endurcissement diminua, l'éruption menstruelle devint régulière, la malade reprit un teint fleuri, et tous les autres phénomènes morbides se dissipèrent. Un an après, elle devint de nouveau enceinte, accoucha à terme d'un enfant bien constitué et s'est toujours bien portée depuis.

IIe Obs. — Mad. K., âgée de 35 ans, d'une constitution délicate et faible, mère d'un enfant, avait toujours mené une vie sédentaire. Se sentant malade depuis quelque temps, elle avait déjà consulté plusieurs médecins, qui n'avaient pu lui procurer aucun soulagement. L'auteur la trouva dans l'état le plus défavorable : le pouls était excessivement fréquent; céphalalgie violente; grande faiblesse; chaleur et soif intense; défaut d'appétit, goût amer dans la bouche, langue rouge, couverte d'un enduit jaunâtre à son milieu, constipation, urine rouge et teint terreux de la peau. Ce dont elle se plaignait le plus, c'était des douleurs dans le ventre au-dessous du nombril, semblables aux douleurs de l'enfantement, s'étendant jusque dans le dos et dans les cuisses, douleurs qui s'accompagnaient d'un écoulement considérable de sang par le vagin et dépendaient d'un engorgement avec endurcissement de l'utérus, reconnaissables au toucher. La maladie semblait devoir son origine tant à la vie sédentaire, qu'à de nombreux chagrins que la malade avait eu à essuyer.

L'état fébrile et tous les symptômes qui en résultaient ayant cédé rapidement aux purgatifs, aux antiphlogistiques et au repos au lit, rien ne s'opposait à l'emploi du charbon animal. L'endurcissement de l'utérus avec toutes ses conséquences disparut plus vite qu'on ne s'y attendait sous l'influence de cet agent, d'occupations moins sédentaires et d'un régime approprié; la malade était entièrement rétablie en septembre, et jouit depuis d'une parfaite santé.

IIIe Obs. — Mad. U., femme d'un tailleur, âgée de 36 ans, d'une constitution très-délicate et irritable, vivant dans la misère, consulta l'auteur au printemps de de 1831, se plaignant surtout d'une douleur brûlante dans le ventre, qui s'étendait dans les cuisses et le dos, et d'un écoulement abondant d'un sang de mauvais aspect par le vagin, perte qui alternait avec l'écoulement d'un mucus jaunâtre et fétide. En même temps fièvre intense, grande faiblesse, insomnie, défaut d'appétit, mauvais goût dans la bouche, langue sale, constipation et quelquefois aussi toux sèche. L'exploration fit reconnaître un engorgement et un endurcissement squirrheux de l'utérus. Rien ne fut fait d'abord pour arrêter l'écoulement sanguin; on se borna à modérer la fièvre au moyen de remèdes antiphlogistiques, à régler la digestion et à recommander le repos le plus strict dans la position horizontale. Les douleurs de ventre et l'hémorrhagie ayant cessé en même temps que la fièvre, on commença l'usage du charbon animal, qui fut continué pendant longtemps. La perte ne se renouvelait plus, l'endurcissement de l'utérus diminuait, l'écoulement muqueux cessait, en sorte qu'après six mois, à dater de-

(1) « On prend de la viande de veau avec les côtes, en sorte que les os constituent un tiers du poids de toute la quantité; et après l'avoir hâchée en assez petits morceaux, on la brûle dans un tambour à café qu'on tourne sur un feu assez fort. Sitôt que le gaz phlogistique commence à paraître, ce qu'on remarque à la petite flamme qui entoure le tambour, l'opération de brûler doit encore être continuée pendant un quart-d'heure. Veut-on la continuer au-delà et jusqu'au moment où on n'aperçoit plus de gaz phlogistique, la préparation perd ses vertus et le malade, après l'avoir prise, sent de la bouche comme s'il avait pris des œufs pourris. »

puis le commencement du traitement, la malade se porta assez bien, et mieux qu'elle n'avait été longtemps avant cette affection. Aujourd'hui, après 4 ans et demi, l'ancien mal n'a pas encore reparu ; mais par suite de la misère, du défaut de bonne nourriture et du repos, elle souffre continuellement de grande faiblesse, d'autres maux, qui en résultent, et d'une toux qui menace la phthisie.

IVe Obs. — Ce traitement fut moins heureux chez une femme, âgée de 44 ans et d'une constitution vigoureuse, quoique dans le principe le pronostic sembla être plus favorable. Elle vint, en octobre 1832, consulter l'auteur pour une forte hémorrhagie du vagin, qui l'avait surprise en voyage. Toujours bien réglée avant la naissance de son troisième enfant, elle dit avoir éprouvé depuis, des douleurs à chaque retour de l'époque menstruelle et s'être aperçue d'un écoulement de mucosités et quelquefois même de sang, qui était devenu de plus en plus fréquent. Se portant bien du reste, elle n'avait pas moins continué de fréquenter les marchés pour débiter les marchandises de son mari, qui était vannier de profession. Elle se plaignait en outre d'une douleur peu considérable dans l'abdomen et le dos, de défaut d'appétit, de constipation, de grande fatigue, d'un sommeil agité et d'un écoulement continuel de mucosités sanguinolentes. Son teint était jaune ; l'exploration fit reconnaître des engorgemens assez considérables et des endurcissemens tuberculeux de l'utérus. En dépit des admonitions de l'auteur, la malade ne voulut pas échanger son habitation basse et humide contre une habitation plus saine. Elle prit le charbon animal, qui au commencement sembla produire quelque amélioration, sans qu'elle fut permanente. Le mal local du col de l'utérus dégénéra en excroissances de la forme de chou-fleurs et la malade succomba en février 1833.

(*Clarus u. Radius Beitraege*, 1836. Vol. II. Liv. 2.)

Nous lisons un autre exemple, constatant *l'action salutaire du charbon animal contre la dégénérescence squirrheuse de la glande mammaire*, rapporté par le doct. Michaelsen dans *Pfaff's mittheilungen*, (liv. 9 et 10, 1835) ; le voici : « Une femme, âgée de 29 ans, d'une constitution très-saine, accoucha de son premier enfant, il y a deux ans et demi. L'enfant, qui avait d'abord très-bien pris les deux seins, se refusa bientôt de prendre le sein gauche, et le lait disparut, sans que le sein en fut affecté morbidement. Elle accoucha pour la seconde fois à la fin de novembre 1833. L'enfant prit également bien les deux seins. Mais le mamelon gauche s'excoria et rendit la succion douloureuse ; le sein devint bientôt le siége de tubercules très-douloureux, contre lesquels on employa les remèdes les plus différens. L'auteur, consulté le 24 janvier, trouva toute la glande mammaire presque aussi dure que la pierre, inégale et bosselée, indolente à la pression, presque immobile et adhérente aux parois osseuses du thorax. La malade y sentait souvent des vives douleurs, déchirantes et lancinantes, se propageant jusque dans le creux de l'aisselle et au bras. Les glandes de l'aisselle, quoiqu'un peu engorgées, n'étaient pas altérées. Le mamelon était sain ; la succion donnait issue à une petite quantité d'un liquide ichoreux et sanguinolent. La glande mammaire du côté droit était tout à fait saine et servait à nourrir l'enfant. Aucun signe n'indiquait une affection générale. Après avoir tenté tous les moyens ordinairement employés contre ce mal, on avait presque résolu de procéder à l'extirpation de la glande, lorsque l'auteur se décida à essayer comme dernière ressource le charbon animal, sans y attacher toutefois beaucoup de confiance. Le remède fut préparé d'après la prescription de Weisse. On recommanda à la malade d'éviter tout refroidissement, de rester autant que possible dans une température égale, de s'abstenir de toute nourriture et boisson stimulantes et surtout des viandes et de café ; de ne prendre que du lait coupé à l'eau, des soupes au lait, des substances farineuses, du riz, de l'orge, etc. Il ne lui fut pas permis de satisfaire entièrement l'appétit. Ce régime fut rigoureusement observé. Le sein fut couvert d'une peau de chat et soutenue au moyen d'un suspensoire. Le charbon animal fut administré à l'intérieur sous la forme suivante :

℞. Pulv. carbon. carn. gr. iv ;
Pulv. rad. liquir. ℈ iv ;
M. Div. in viii pulv. æq. D. in charta cerato.

A prendre à sec le matin et le soir, en l'avalant lentement, et buvant après une gorgée d'eau.

Chaque fois que la quantité de 8 poudres fut renouvelée, on augmenta la dose du charbon d'un demi-grain. La quantité de 4 grains par dose fut continuée jusqu'à complète disparition du mal. L'amélioration n'était guère sensible dans la première quinzaine; mais à partir de cette époque, elle devint si manifeste que le 16 avril il ne restait plus de traces du mal. Toutes les sécrétions et les excrétions se firent naturellement pendant le cours du traitement. La malade continua de nourrir sont enfant avec le sein droit et devint mieux portante qu'elle ne l'avait été auparavant. L'enfant aussi se porta bien pendant le traitement, qui ne semblait exercer aucune influence sur sa constitution.

NEUE SAMMLUNG

AUSERLESENER ABHANDLUNGEN ZUM GEBRAUCHE PRAKTISCHER AERZTE.

SUR L'ÉVACUATION DE MATIÈRES GRASSES PAR LES INTESTINS.

I. Observations d'une maladie du pancréas et du duodénum, accompagnée de l'évacuation de matière graisseuse par les intestins; communiquées par R. Bright.

L'auteur rapporte dans ce mémoire plusieurs observations, dont trois ont offert, excepté l'affection du pancréas et du duodénum, le symptôme singulier d'une nature particulière des évacuations alvines, lesquelles présentèrent en grande partie le caractère d'une substance huileuse ou adipeuse, de couleur pâle, jaunâtre et d'une odeur extrêmement fétide. Tantôt cette substance était expulsée seule, tantôt elle se séparait de suite de la masse des excrémens et nageait à leur surface; quelquefois, lorsque les excrémens étaient de consistance demi-fluide, cette substance formait une croute épaisse, surtout aux bords du vase, ou déposait immédiatement des globules, ressemblant d'abord à du suif fondu et ensuite figé. Enfin, d'autres fois elle prenait la forme d'une pellicule mince de graisse, recouvrant le tout ou seulement les parties liquides. En comparant ces observations avec d'autres faits connus, l'auteur acquit la conviction que cette évacuation de graisse par les intestins ne dépend ni d'un obstacle dans la sécrétion de la bile, ni d'une destruction du foie par des tumeurs fongoïdes ou mélanotiques avec ou sans ictère, ni d'autres affections plus simples et phlegmasiques de cet organe, suivies d'ictère. Ce symptôme ne doit pas non plus son origine à l'ulcération de la muqueuse du tube intestinal, par suite d'autres maladies, et souvent il y a ulcération maligne dans différentes parties du canal intestinal depuis le pylore jusqu'à l'anus, sans qu'on observe ce phénomène. L'auteur croit pouvoir déduire de ses propres observations, que ce symptôme *dépend d'une affection maligne de la partie du pancréas, voisine du duodénum, affection qui serait accompagnée d'ulcération de cet intestin même :* voilà du moins les deux seules circonstances où l'on a rencontré ce phénomène (1). Mais d'où provient cette matière graisseuse? faut-il la considérer comme une sécrétion vicieuse d'organes qui n'offrent pas d'autre altération, et surtout des surfaces muqueuses, ou comme une sécrétion de parties morbides et ulcérées? ou faut-il la regarder plutôt comme le produit d'une digestion vicieuse, dû à la mixtion irrégulière et incomplète des alimens avec la bile ou le fluide pancréatique, ou d'autres matières sécrétées? cette digestion vicieuse est-elle peut-être le résultat d'une action anomale ou d'un obstacle dans les fonctions du duodénum? L'auteur n'ose se prononcer sur aucune de ces questions. Quant à présent, il n'a que le but de fixer l'attention des médecins sur le phénomène en question et espère, si d'autres observations viennent encore confirmer la vérité du fait, qu'il pourra servir à répandre de nouvelles lumières sur nos connaissances imparfaites des accidens qui accompagnent les altérations organiques et les désordres fonctionnels de la glande pancréatique.

Nous choisissons parmi les observations celle qui suit :

En décembre 1827, M. Bright entreprit le traitement d'un écrivain, âgé de 19 ans, menant une vie très-régulière, atteint de *Diabetes mellitus*, avec complication d'ictère, affection pour laquelle il avait déjà subi différens traitemens. Le malade se trouvait dans un état de grande faiblesse, sans présenter un amaigrissement extraordinaire. Il avait continuellement soif et un grand appétit; son pouls était fréquent (à 80) et mou. la peau d'un jaune foncé. L'urine, dont la quantité montait en 24 heures à environ neuf pintes, était foncée et imprimait une couleur jaune au linge. Elle était de saveur douceâtre et présentait une pésanteur spécifique de 1039. Les selles étaient fréquentes et claires. On ne sentait que très-obscurement le foie à travers les tégumens, qui étaient encore assez pourvus de graisse. L'auteur prescrivît un régime régulier, et une potion aromatique et amère, avec du sous-carbonate de soude, sous l'influence de ce traitement la quantité et la pésanteur spécifique de l'urine diminuèrent sensiblement, au point que le 18 décembre l'affection avait perdu le caractère du diabète. Dès-lors, le traitement

(1) Qu'on ne confonde pas avec ce symptôme les phénomènes occasionnés quelquefois par l'ingestion de *substances graisseuses* et *huileuses* et surtout de l'*huile de ricin*. Cette dernière substance manque rarement de produire dans les évacuations alvines des altérations particulières, consistant le plus souvent en un certain nombre de flocons jaunes-blanchâtres, qui se trouvent dispersés dans les selles liquides. D'autres fois, et cela arrive surtout chez les enfans, l'huile passe par les intestins, sans éprouver d'altération. Quelquefois on n'observe qu'une pellicule mince, et enfin, dans quelques cas rares, on trouve dans les excrémens une quantité de masses blanches, petites, arrondies et d'une forme telle qu'on les prendrait facilement pour des hydatides.

fût dirigé principalement sur l'état morbide du foie, organe qu'on reconnut être dur et résistant; la vésicule du fiel était très-distendue et faisait saillie de plus de trois pouces au-dessous des côtes. L'usage de pilules, composées de *Pilul. Hydrarg.* et *Extr. Tarax.*, ne put pas être continué à cause de la salivation à laquelle elles donnèrent lieu. Le malade avait repris son ancienne potion avec addition *d'Extr. Tarax.*, lorsque le 28, sans qu'aucun changement remarquable des symptômes eût précédé, il se montra dans les évacuations une quantité de matières jaunâtres et graisseuses, ressemblant à du beurre fondu, prêt à se figer. Cette matière précéda les excrémens, à la surface desquels on vit surnager la masse graisseuse et à peine endurcie. L'auteur ayant substitué le *Liqu. Potass.* au *Subcarb. Sodæ*, les évacuations perdirent le 31, tout à fait le caractère huileux et la secrétion urinaire redevint presque normale, tant sous le rapport de la quantité que de la pésanteur spécifique (1015). La faiblesse et le dépérissement du malade firent néanmoins des progrès notables, et cela à cause de l'obstruction opiniâtre de la vésicule biliaire et de l'assimilation vicieuse qui en résultait. Le 8 février il y eut récidive des évacuations graisseuses, qui contenaient en même temps des fragmens indigestes de matières alimentaires. La langue était naturelle, sauf un peu d'enduit brunâtre; l'appétit bon; le pouls mou et fréquent (84 pulsations): l'urine foncée et de 1020 de pésanteur spécifique; le sommeil était agité au point que le malade dormait rarement plus d'une heure et demie. On fit prendre au malade une potion alcaline avec *Confect. aromat.* et *Tinct. Opii.*, et un *emplâtre mercuriel* fut appliqué sur la région du foie. Ces remèdes ne changèrent en rien l'état du malade. Le 13 il s'y joignît, dans le côté droit, des douleurs vives, qui privèrent tout à fait le malade de sommeil. Un léger soulagement fût obtenu à l'aide d'une application de ventouses scarifiées et de l'emploi des pilules *bleues* avec l'extrait d'opium. L'affection primitive persista; le malade resta ictérique, il passait les nuits sans repos, et il avait presque journellement plusieurs évacuations, qui contenaient de temps à autre de cette matière oléagineuse; à la fin survinrent les symptômes d'une pleurésie et le dévoiement fit place à la constipation. La faiblesse et le dépérissement augmentèrent de plus en plus, et le malade succomba le 1er mars, sans douleur et sans agonie, conservant la connaissance jusqu'à ses derniers instans.

A *l'autopsie*, on trouva les plèvres costale et pulmonaire jaunes, les poumons sains, à l'exception du lobe inférieur et gauche, qui offrait une exsudation membraneuse de gélatine épaisse, fortement teinte de bile, et occupée à son bord interne par un petit abcès. Le péricarde, de même que les gros vaisseaux, étaient profondément teints de bile. Le cœur, quoique normal, était plus petit et plus contracté qu'à l'ordinaire. La cavité abdominale renfermait plus de quatre pintes d'un liquide couleur foncée d'olive. Dès qu'on eut enlevé les tégumens du ventre, on aperçut la vésicule du fiel, fortement distendue par une bile noire. Le foie présentait une teinte verdâtre d'olive; les conduits biliaires étaient fort dilatés et gorgés de bile; le canal cholédoque avait acquis une largeur telle qu'on pût facilement y introduire le petit doigt; sa surface interne ressemblait à une ruche ou à un tissu réticulaire, se terminant dans le pancréas par une cavité en forme de sac contenant dans le fond un dépôt âpre, blanc et composé probablement de fibrine et de cholestérine. Le pancréas lui-même formait, avec quelques-unes des glandes voisines, une masse dure et globuleuse, qui avait changé la position du duodénum et contracté des adhérences intimes avec ce dernier et le pylore. Sur deux points de ces adhérences se trouvaient des ulcères de nature dure et squirrheuse, qui pénétraient toute l'épaisseur de l'intestin. Le parenchyme du pancréas était dur, cartilagineux et jaune clair. Le foie offrait par places une apparence semblable au porphyre et était parsemé de masses dures et denses, qui cependant n'avaient pas l'aspect de tubercules circonscrits. L'estomac était un peu injecté; la rate était saine, excepté sa surface externe, qui était occupée par des productions cartilagineuses; le canal intestinal avait un peu perdu de sa transparence; sa membrane interne était pâle. Les reins, à en juger par leur apparence extérieure, n'étaient pas altérés. La substance tubulaire paraissait être plus engorgée qu'à l'ordinaire; quelques-uns des tubes contenaient des flocons blancs de fibrine ou de matière calcaire. Le bassinet, sans être vasculaire, était teint de bile; la vessie présentait l'état normal. L'aorte et les artères iliaques étaient par-ci par-là ossifiées.

II. Observation d'un ictère, avec évacuation de matière grasse par les intestins et constriction du duodénum; communiquée *par* E. A. Bloxd, médecin-adjoint à l'hôpital St.-Bartholomé, etc.

Le malade qui fait le sujet de cette observation, était un homme, âgé de 48 ans, qui, ayant toujours bien vécu, souffrait depuis longtemps de dyspepsie, pour laquelle il avait presque journellement fait usage de remèdes apéritifs. En juin 1831, après avoir mangé des écrévisses, il fut saisi d'une violente douleur à l'estomac. Bien que cette douleur céda en grande partie à l'emploi du calomel, du tartrate de soude, de la magnésie, etc., il ne lui en resta pas moins une certaine sensibilité, qui se faisait surtout sentir lorsqu'on pressait l'abdomen dans le sens de gauche à droite.

Un emplâtre, dans la composition duquel entraient de l'ammoniaque et du mercure, appliqué sur l'endroit douloureux, provoqua une éruption pustuleuse, et une fièvre qui dura pendant 15 jours. La sensibilité, qui avait cessé pendant cet intervalle, revint de nouveau à mesure que l'éruption séchait; elle s'étendit même encore plus loin et le malade se plaignit d'une sensation de plénitude dans l'hypocondre droit et dans l'épigastre. Sur ces entrefaites, survint une fièvre, caractérisée par la sécheresse et la chaleur de la peau; langue chargée, défaut d'appétit et de sommeil, nécessitant des évacuations sanguines et l'emploi de remèdes an-

tiphlogistiques. Cet état fébrile ne changea rien à l'état antérieur du malade ; la sensibilité et la plénitude restaient les mêmes, il s'y joignit en outre des symptômes ictériques, tels que couleur jaune foncée de tout le corps, de la salive, des larmes, du mucus nasal, de la sérosité du sang, résultant d'une saignée du bras et des selles argileuses. Le malade, qui avait beaucoup maigri, dans l'espoir de remédier à son affection par un changement d'air, alla à Brighton, où il demeura 7 semaines. Son état, loin de s'améliorer, s'empira de plus en plus, au point qu'à son retour, dans les derniers jours de décembre, l'auteur le trouva plus ictérique qu'auparavant et ayant la fièvre; on sentait en même temps une tumeur résistante sur le côté droit au-dessous des cartilages des côtes et une fluctuation dans l'épigastre. L'usage de remèdes antiphlogistiques, ne produisit pas de changement notable dans l'état du malade jusque dans le milieu de février 1832.

Ce fut alors qu'on remarqua pour la première fois dans les évacuations alvines cette matière grasse et oélagineuse, brune-jaunâtre et de la consistance du beurre, surnageant sur l'eau, se figeant à l'instar de la graisse fondue, se liquéfiant de nouveau à une légère chaleur et brûlant d'une flamme bleuâtre. Presque fluide au moment de l'excrétion, elle prenait la consistance du beurre en se refroidissant; parfois cette consistance était plus considérable, comme si de la graisse avait été mêlée à de l'eau. Cette excrétion continua pendant 7 semaines plus ou moins abondamment; quelquefois elle eut lieu indépendamment des évacuations alvines; les excrémens, qui jusqu'ici avaient été argileux, prirent une teinte plus foncée, qui redevenait grisâtre aussitôt que l'évacuation de la matière grasse était interrompue. La perte des forces allait en même temps en croissant et devenait encore plus considérable, quand le malade, exempt jusqu'alors de maux d'estomac, commença à vomir presque journellement les alimens qu'il prenait. Les vomissemens se faisaient sans effort et sans qu'ils fussent précédés d'un symptôme quelconque annonçant une sensibilité morbide de l'estomac, de nausées, de malaise après le repas ou de dégoût pour les alimens. Le malade sentait, au contraire, chaque fois que l'estomac s'était débarrassé de son contenu, un vif besoin de le remplir toujours de nouveau. Cet état persista jusqu'à un ou deux jours avant la mort, qui eut lieu après dix mois de souffrances avec les signes d'un épuisement complet.

L'extérieur du corps et les différens tissus présentaient, *à l'autopsie*, une couleur jaune foncée. L'estomac était énormément grand et s'étendait jusqu'au-dessous du nombril et horizontalement d'un os ilium à l'autre. L'extrémité pylorique, située dans l'hypocondre droit, faisait saillie sous le bord du foie et au-dessus de la surface des autres viscères. Les parois étaient épaissies, et la surface muqueuse injectée. Immédiatement au-dessous du pylore on découvrait une tumeur dure, formée d'une partie du duodénum, de la tête du pancréas, de quelques glandes lymphatiques et de tissu cellulaire épaissi. Le duodénum, vers son milieu, était presque tout à fait oblitéré et cela au point qu'on ne put guère y pénétrer à l'aide d'un petit tuyau de pipe. L'altération principale avait son siége à la partie postérieure de l'intestin, là où il était adhérent à la tête du pancréas. Le reste du canal intestinal ne présentait rien d'anormal. Le pancréas était sain, sauf la partie adhérente au duodénum, qui paraissait être endurcie. Son conduit excréteur était entièrement oblitéré à l'endroit de son embouchure avec le duodénum; tout le reste du conduit était, au contraire, plus dilaté qu'il ne l'est ordinairement et contenait un liquide brun-jaunâtre et assez semblable à la matière grasse qui avait été excrétée. Le foie était hypertrophié et les conduits biliaires, gorgés de bile, se trouvaient dans un état de dilatation telle qu'on put passer avec facilité le doigt indicateur dans quelques-uns d'entre eux. Le conduit biliaire commun était tellement dilaté qu'il ressemblait plutôt à une partie de l'intestin grêle. Perméable jusqu'au duodénum, il était si complétement oblitéré à son orifice communiquant avec cet intestin, qu'il n'y avait pas de passage pour la plus petite quantité de bile. Les autres viscères abdominaux et les glandes mésentériques, ainsi que les organes thoraciques étaient à l'état naturel.

III. *Sur l'évacuation de matière graisseuse par les intestins et par les organes urinaires;* par J. Elliotson, professeur à l'université de Londres.

L'auteur trouve quelque analogie entre la production de matière graisseuse à l'état morbide et la production de l'*Ambra grisea* chez le *Physeter Marcrocephalus;* il communique dans cet article plusieurs observations puisées en partie dans sa pratique et en partie dans les ouvrages de médecine, concernant ce genre de sécrétion morbide. Nous en extrayons les faits suivans :

I. Une femme, âgée de 50 ans, souffrait depuis plusieurs années d'une douleur à l'estomac, rebelle à tous les moyens et s'empirant de plus en plus. Un jour cette douleur s'étant étendue avec intensité à tout le ventre, la malade évacua soudainement environ trois livres de graisse blanche, inodore et composée de fragmens séparés, arrondis et entourés de pellicules. La guérison fut dès lors complète. (*Fabric. Hildani* opéra. Francof. 1747. Cent. IV, obs. 47).

II. M. W. Scott observa, en 1777, une servante, âgée de 25 ans, qui, après un travail fort fatigant pendant les grandes chaleurs, se trouva saisie d'un mal d'estomac, de dégoût pour les alimens, de suppression des règles, de douleurs, de colique et de flatulence. A cause du retour réitéré des douleurs, on administra à la malade des remèdes calmans, l'*Elixir sacrum* ou la *Tinct. Rhei et Aloës;* plus tard elle prit des vomitifs et des bols de rhubarbe avec du calomel; ce qui donna lieu à l'évacuation d'une grande quantité de matières graisseuses du volume d'une noix, de fèves et de pois, brûlant comme du suif. Après que ces évacuations eu-

rent continué pendant trois semaines, la malade se rétablit parfaitement. (*Duncaur. medical communicat.* Vol. IV, p. 334.)

Des faits semblables sont encore rapportés par Tulpius (*Observat. med.*), Babington, (Philos. Transact., 1813, p. 2. p. 152), Turner et Howship (*Pract. observ. in surgery and morbid anatomy*, p. 283). Dans les deux premiers cas les malades évacuèrent la matière graisseuse à l'état liquide; chez les autres elle avait la forme de pois ou de raisins et fut évacuée après que les malades eurent pris de l'huile d'olives à l'intérieur, afin de soulager les douleurs.

M. Elliotson lui-même, a observé le cas suivant: Un homme, âgé de 45 ans, atteint de phthisie et de *Diabetes mellitus*, se plaignît bientôt après son entrée à l'hôpital d'une douleur pénible dans le ventre et le dos, et de dévoiement. La douleur, limitée d'abord à la moitié de l'abdomen, se fit bientôt sentir dans la région des vertèbres dorsales; souvent le malade se plaignait de ce que la douleur s'étendait avec la même intensité à tout le ventre. On remarqua en même temps dans les garde-robes, qui étaient souvent pâles, une grande quantité de matière jaune, oléagineuse et brûlant d'une flamme vive à l'instar de l'huile. Cette matière était liquide au moment de l'excrétion et se figeait ensuite; le malade en évacua continuellement jusqu'à sa mort de plus ou moins grandes quantités. — A *l'autopsie*, on trouva tous les intestins jaunes et gras, comme s'ils avaient resté dans l'huile. Sauf un grand nombre de points noirs qu'on aperçut sur plusieurs endroits de la muqueuse, le tube intestinal ne présentait du reste pas d'anomalie. Le foie était sain, la vésicule du fiel remplie de bile épaisse et foncée. Le conduit excréteur du pancréas et ses branches latérales étaient remplis de petits calculs blanchâtres. Les reins étaient sains, les poumons remplis de tubercules et d'ulcères.

On a vu dans quelques cas la substance graisseuse tant sous forme solide que liquide (1). Tulpius et Pearson font mention de deux malades, chez lesquels la matière graisseuse provenait non-seulement du tube intestinal, mais aussi de la vessie urinaire. La malade, dont parle le second auteur, était une femme âgée de 79 ans, souffrant depuis plusieurs années de violentes coliques, provoquées par des calculs biliaires. Lorsque Pearson la vît en mars 1829, elle avait de légères douleurs dans la région hépatique, des céphalalgies fréquentes, des vertiges et un prurit aux parties génitales. L'accès passa; mais un mois plus tard on vît dans les évacuations alvines, qui ne contenaient plus aucune trace de bile, une substance semblable à de la graisse, indépendamment de l'huile qui se trouvait à l'état liquide dans les excrémens et dans l'urine. Dans cette dernière, l'huile surnageait à la surface, se figeant de la même manière que celle évacuée par l'anus. Toute espèce de traitement resta sans succès, la malade dépérit peu à peu et succomba au mois d'octobre de la même année. La quantité de graisse et d'huile, évacuée journellement par les intestins, s'éleva jusqu'à 1 1/2 once; celle évacuée par les urines à 1 1/3 once. L'une et l'autre s'enflammaient facilement et formaient du savon avec les alcalis. — M. Prout, qui a quelquefois vu évacuer par les urines une semblable matière grasse, regarde ce phénomène comme un accident très-grave, en ce que dans tous les cas ce symptôme a été suivi d'une affection maligne des reins et de la vessie urinaire, devenant tôt ou tard mortelle.

L'auteur croit pouvoir inferer des faits qui précèdent que cette excrétion morbide de matières grasses, quoique souvent compliquée avec des altérations du canal intestinal, du foie et du pancréas n'est cependant pas due à une altération organique soit du tube intestinal, soit de quelque autre viscère. D'après M. Elliotson, cette affection est quelquefois accidentelle, quelquefois passagère, parfois compliquée d'autres accidens, tantôt exempte de conséquences graves, tantôt mortelle; et en cela elle ne diffère pas d'une foule d'autres maladies. Il est impossible de préciser l'origine de cette matière grasse, et de dire si elle provient du foie ou du canal intestinal. L'auteur présume cependant que c'est dans le canal intestinal qu'elle se forme, tout en conservant ses doutes sur la partie des intestins qui lui donnent origine.

(*Samml. auserl. Abhdl.* 1835. Vol. XVII. Livr. I. cti *Kleinert's Repertorium*, 1836, I. *Ergaenzungsheft* zum IX. Jahrgang.)

(1) Suivant l'auteur, la différence dans la consistance dépendrait des différentes proportions, dans lesquelles l'élaïne et la stéarine se trouvent unies dans cette matière.

RUST MAGAZIN

FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Résection d'une partie du rectum; par le prof. Mandt à Greifswalde.

Cette opération offre un moyen de guérison durable d'un genre de retrécissemens du rectum consistant principalement en un simple épaississement annulaire des parois de l'intestin, et dont le siége n'est pas trop éloigné de l'orifice de l'anus. En extirpant des tubercules hémorrhoïdaux, on a bien quelquefois enlevé des parties plus ou moins grandes des parois de cet intestin; on a même extirpé l'orifice de l'anus à la profondeur d'un demi à trois quarts de pouce; mais jamais on n'a osé aller plus loin, jamais on n'a osé tenter l'extirpation de toute la continuité de l'organe, tant par crainte de l'hémorrhagie qui peut en résulter, qu'à cause de la phlébite qui peut survenir et de ses conséquences, par le grand nombre de veines hémorrhoïdales dilatées qui se trouveraient intéressées dans cette opération. D'autre part, on a encore à redouter la lésion des muscles sphincters et les inconvéniens qui peuvent en résulter, tels que la paralysie de ces muscles et l'évacuation involontaire des excrémens; enfin, on a à craindre les conséquences de la plaie dans le cas où elle viendrait à pénétrer dans la cavité abdominale. L'auteur considère cette opération grave comme un *ultimum refugium*, et c'est cette pénurie d'autres ressources de l'art, qui l'a seule déterminé à tenter l'extirpation du rectum dans les cas suivans.

Ier *Cas.* Un ouvrier, âgé de 45 ans, entra en juillet dans la clinique de M. Mandt. Le teint terreux de la face et l'amaigrissement considérable de cet individu annonçaient l'existence d'une profonde altération de l'organisation. A la place de l'orifice de l'anus on trouva un enfoncement ulcéreux, à surface inégale et bosselée, par-ci par-là rougeâtre et saignant, en d'autres endroits gris-jaunâtre et couvert d'une matière grise-rougeâtre, fétide et consistante. Les bords de l'ulcère étaient rouge-brunâtres, et en partie corrodés; la peau environnante était tout à fait à l'état normal et ne présentait pas de ramifications veineuses.

La paroi interne de l'intestin, qui se trouvait immédiatement derrière l'orifice de l'anus, était en outre tuberculeuse et inégale; le plus grand de ces tubercules, du volume d'une noisette, à surface égale, était dur, mais indolent et sans ulcération. Au-dessus de lui l'intestin paraissait sain; on découvrait à la hauteur de deux pouces et demi un autre tubercule semblable et plus petit, mais dont les alentours étaient beaucoup plus durs et résistans. Le carcinome de l'anus et toutes les altérations qu'il avait entraînées après lui semblaient devoir leur origine à un traitement irrationnel d'une affection hémorrhoïdale, dont le commencement remontait à la trentième année du malade; on l'avait combattue par des moyens compressifs, astringens et autres, et lors d'une chute du rectum, par l'application des caustiques. Le malade ne se rappelle pas avoir eu d'autres maladies antérieures. L'auteur résolut de céder aux désirs du malade, qui demandait l'opération, d'autant plus qu'on pouvait considérer cette affection plutôt comme un carcinome consécutif que comme résultant d'une *prédisposition carcinomateuse*. Toutefois, l'atteinte qu'avait déjà éprouvée l'organisme était trop grave, pour qu'on put concevoir beaucoup d'espoir de cette tentative. Le malade étant placé sur un lit de manière à ce qu'il appuyait la partie supérieure du corps, dans une position agenouillée, sur les avant-bras, l'opérateur cerna toute la surface ulcérée par une incision ovalaire, dont l'extrémité supérieure répondait à la pointe du coccyx et l'extrémité inférieure au périnée. L'incision comprenait dans toute sa circonférence 4 lignes à 1/2 pouce de peau saine; celle-ci fut séparée avec beaucoup de soin des tissus sous-jacens, en procédant en dehors jusqu'au bord de l'ulcère, et servit ensuite d'appui pour attirer l'intestin au dehors. Pendant que l'opérateur cherchait à l'aide du pouce et du doigt indicateur de la main gauche à attirer l'intestin, il sépara à l'aide du manche du scalpel le sphincter externe de l'anus et de l'intestin. Il sépara ensuite le sphincter interne et l'élevateur de l'anus, et mit à nu le rectum dans toute sa circonférence jusqu'à la profondeur de trois pouces. Cette séparation de l'intestin et des muscles adhérens s'opéra très-facilement, et cela probablement à cause de l'état paralytique où se trouvaient ces muscles. Le rectum fut détaché et extirpé à peu près à un quart de pouce au-dessus de sa partie dégénérée. L'opération avait duré vingt minutes. L'hémorrhagie qui fut considérable, fut bientôt arrêtée au moyen d'injections d'eau froide. L'extrémité supérieure de l'intestin se rétracta insensiblement. Par mesure de précaution, on la fixa au moyen de deux anses de fils. Afin d'éviter le contact immédiat des matières fécales avec la surface de la plaie, on y introduisît une canule longue de quatre pouces et faite dans ce but en corne mince. On interposa entre la plaie et la canule des compresses de linge fin afin d'empêcher leur contact; la canule elle-même fut couverte d'un plumaceau de charpie et tout l'appareil maintenu au moyen d'un bandage en T. A l'intérieur on administra une potion antiphlo

gistique et des fomentations froides furent faites à l'extérieur. Vers minuit, on fut obligé d'ôter la canule à cause de la pression qu'elle exerçait, et on remarqua en même temps qu'elle était restée sec à l'intérieur, les matières fécales s'étant frayé un chemin entre les parois de la canule et la plaie. Cette circonstance rappela la remarque, déjà faite par Desault, que le rectum n'évacue que rarement ou jamais son contenu à travers une canule. Le malade guérit en trois semaines, mais l'évacuation des matières fécales se faisait involontairement. Le malade, quoique en sentant le besoin d'évacuer n'avait pas le temps de se mettre sur le pot. Cet inconvénient s'améliora plus tard; la santé générale de l'individu redevint telle qu'il put reprendre ses occupations antérieures.

IIe *Cas.* Une femme, âgée de 43 ans, d'une constitution délicate et faible, toujours abondamment menstruée, mariée très-jeune, dont le père avait été sujet aux hémorrhoïdes, souffrait depuis sa 25me année de la même affection, pour laquelle on avait tenté nombre de remèdes tant internes qu'externes. Les lavemens qu'on lui administrait entre autres fréquemment, furent pour elle la cause de beaucoup de souffrances. A l'âge de 42 ans, une inflammation des varices hémorrhoïdales nécessita l'application de sangsues. On ne put introduire la seringue à lavement dans le rectum qu'avec beaucoup de douleurs et on rencontra derrière l'orifice de l'anus un obstacle douloureux. Après quinze jours, pendant lesquels les douleurs à l'anus, et plus tard aussi dans le vagin, avaient continué, la malade s'aperçut tout à coup du passage d'une partie des excrémens dans le vagin. L'auteur ne fut consulté que neuf mois plus tard, après que la malade avait beaucoup souffert, et était devenue faible et irritable. L'exploration locale fit reconnaître les altérations suivantes. Le côté périnéal de l'orifice de l'anus était occupé par un tubercule hémorrhoïdal, gros comme une noisette, qui l'obstruait presque tout à fait et s'opposait à l'introduction du doigt. Ce tubercule était assez dur à sa surface; il était presque pâteux au toucher, légèrement bleuâtre et peu douloureux. A la paroi inférieure ou rectale du vagin, un demi-pouce en arrière de l'orifice, se montrait une fente longue d'un pouce, et à bords durs et calleux, droite, à travers laquelle on introduisit facilement le doigt dans le rectum. Ce dernier parut être sain au-dessus de la fistule recto-vaginale; un tubercule moins volumineux que le tubercule externe que nous venons de signaler, occupait l'espace compris entre cet orifice anormal et l'anus. La paroi postérieure de l'intestin était saine. Les deux tubercules fermant presque mécaniquement l'orifice de l'anus, forçaient les excrémens de prendre leur issue à travers le vagin. La première chose à faire était d'enlever ces tubercules. La malade étant placée dans la position indiquée dans le cas précédent, on pratiqua d'abord deux incisions ovalaires, qui, commençant immédiatement au-dessus du milieu de l'orifice de l'anus s'étendaient au périnée, où elles se réunissaient à angle obtus, de sorte que tout le tubercule hémorrhoïdal externe fut cerné par ces incisions. En commençant par l'angle périnéal, on sépara la peau de l'intestin et on forma ainsi un lambeau cutané qui servit pour attirer en bas la paroi vaginale de l'intestin. Afin de gagner de l'espace, tant pour la résection de l'intestin que pour la réunion de la fistule, l'opérateur incisa le sphincter externe de l'anus dans la profondeur de quelques lignes du côté du périnée et commença ensuite à séparer la paroi vaginale de l'intestin jusqu'à l'extrémité supérieure de l'ouverture fistuleuse. Plongeant à côté d'elle la pointe d'un bistouri dans l'intestin, il introduisit dans l'ouverture le bistouri boutonné de Pott et l'attira vers lui en coupant jusqu'à ce que le bouton de la lame sortit par l'orifice anal. Pareille incision fut pratiquée de l'autre côté de la fistule, et les deux incisions furent réunies par le moyen d'une incision transversale au-dessus de la fistule; de cette manière, on enleva presque toute la paroi vaginale du rectum à la profondeur de trois quarts de pouce. Cette partie extirpée comprenait les deux tubercules. La paroi vaginale du rectum étant plus résistante qu'à l'état naturel, il fut facile de faire les incisions. Le même bistouri de Pott servit à scarifier les bords de la fistule vaginale, qu'on tenta de réunir par la suture à nœuds. La première suture réussit; la seconde fut déchirée deux fois en la serrant; la troisième fois on laissa trois lignes d'espace entre le fil et les bords de la fistule, de sorte que la réunion ne fut pas complète. Le pansement se composa d'un bourdonnet conique, enduit de cérat et qu'on introduisit au-delà de l'ouverture fistuleuse; de charpie et d'une légère compresse, dont on recouvrit la plaie externe et au-dessus desquelles on fit des applications d'éponges froides qu'on renouvela de cinq en cinq minutes. Le traitement interne fut celui indiqué dans la fièvre traumatique. La malade n'eut des évacuations que d'un jour à l'autre, ce qui ne troubla pas trop le travail de l'inflammation adhésive. La guérison de la plaie s'opéra en 4 semaines; il resta cependant une ouverture fistuleuse d'un quart de pouce qui laissait passer quelques excrémens dans le vagin. L'état de la malade était beaucoup amélioré, et l'auteur espère même d'éloigner plus tard le petit reste du mal par une seconde opération.

(*Rust, Magazin*, vol. XLII, Liv. I. —*Kleinert's Repertorium*, 1836, janvier.)

HEIDELBERGER

MEDICINISCHE ANNALEN.

Sur un genre particulier de conformation vicieuse du bassin de la femme ; par le professeur F. C. Naegelé.

La conformation vicieuse des bassins qui font le sujet de cet article, se résume dans les points suivans :

1° Le bassin paraît déplacé dans une direction oblique, de sorte que la symphyse pubienne est dirigée d'un côté et l'os sacrum de l'autre ; la symphyse pubienne se trouve obliquement vis-à-vis de la saillie sacro-vertébrale. Il y a par conséquent dans le détroit supérieur, dans la cavité pelvienne et dans le détroit inférieur un des diamètres obliques qui est rétréci ; l'autre, loin d'être rétréci, est quelquefois même alongé, de sorte que le détroit supérieur et la cavité du bassin, vus de devant, représentent un ovale oblique, dont le petit diamètre transversal est formé par le diamètre oblique et raccourci, et le grand diamètre longitudinal par l'autre diamètre oblique du bassin.

2° La symphyse sacro-iliaque qui forme l'extrémité pointue de cet ovale est tout à fait ossifiée.

3° La moitié latérale contiguë de l'os sacrum est atrophiée.

4° La symphyse pubienne est déplacée du côté opposé à la symphyse sacro-iliaque ossifiée ; l'os sacrum est déplacé de l'autre côté.

5° La cavité du bassin converge en quelque sorte en bas et obliquement.

6° Du côté où se trouve l'ossification, la paroi antérieure du bassin n'est pas aussi voûtée en dehors qu'à l'état naturel ; elle est, au contraire, beaucoup plus aplatie et sa surface interne est presque plane. Jamais l'auteur n'a pu remarquer un enfoncement de cette partie latérale. La cavité cotyloïde du côté aplati est par conséquent dirigée un peu plus en avant ; celle du côté opposé conserve parfaitement sa position ; l'os iliaque, du côté de la symphyse sacro-iliaque ossifiée, mesuré de son épine antérieure et supérieure à l'épine postérieure et supérieure est plus court que du côté opposé. Les os sont du reste sains sous le rapport de leur solidité, de leur texture, etc., et n'offrent aucun signe d'une dyscrasie rachitique, d'ostéomalacie ou d'autres affections antérieures.

Parmi les faits observés par l'auteur, la colonne vertébrale ne présentait pas de déviation dans deux cas ; dans deux autres, il y avait déviation des vertèbres lombaires vers le côté de la symphyse sacro-iliaque ossifiée : dans quatre cas, les corps des vertèbres lombaires étaient légèrement déviés vers le côté de cette ossification. Autant que l'auteur peut en juger d'après les renseignemens qu'il a recueillis, ces personnes n'avaient pas été sujettes au rachitis, ni à l'ostéomalacie ; elles n'avaient pas non plus essuyé des violences externes, telles que des chutes, des coups, etc. L'auteur connaît jusqu'à présent neuf bassins de ce genre, qui ne diffèrent que dans le degré du rétrécissement et d'après le côté sur lequel se trouve l'ossification de la symphyse sacro-iliaque. Dans tous les cas de ce genre de difformité du bassin, l'accouchement a été mortel et pour la mère et pour l'enfant. Les *deux premiers* cas sont tirés de la pratique d'un des amis de M. Naegelé ; l'un était celui d'une jeune femme primipare, qui paraissant saine et bien conformée, accoucha difficilement, à l'aide du forceps, d'un enfant mort, et succomba quatre jours après l'accouchement à une péritonite ; le *second* cas fut aussi celui d'une femme primipare, qui, accouchée à l'aide de la perforation du crâne, mourut 24 heures après. Le *troisième* cas fut observé par l'auteur lui-même, en 1828, chez une primipare, âgée de 19 ans, paraissant bien conformée et saine (elle semblait cependant boiter un peu ; son frère avait la hanche droite un peu plus élevée que celle du côté gauche). Accouchée, à l'aide d'une application fort difficile du forceps, d'un enfant mort, elle succomba le 5me jour à la fièvre puerpérale. Le *quatrième* et le *cinquième* bassins de ce genre ont été envoyés à l'auteur par M. le professeur d'Outrepont ; ils avaient appartenu à des primipares, dont l'une était morte à la suite d'un accouchement par le forceps et l'autre à la suite de la perforation. Chez l'une la difformité se trouvait du côté gauche, et chez l'autre du côté droit ; les bassins présentaient d'ailleurs les mêmes caractères. Le *sixième* et le *septième* bassins se trouvent dans la collection du professeur Billi à Milan. Le huitième est déposé dans le musée d'anatomie pathologique à Vienne. La femme était morte pendant le travail de l'enfantement, d'une rupture de l'utérus. Enfin le *neuvième* bassin de ce genre se trouve à Paris dans la collection de l'hospice de la Maternité. La femme, à laquelle il a appartenu, était morte sans être accouchée, après quatre jours de travail, et après qu'on avait pratiqué la perforation. L'ossification de la symphyse sacro-iliaque se trouve du côté gauche, et cette moitié de l'os sacrum est conformée d'une manière tellement défectueuse que les corps des vertèbres supérieures se confondent immédiatement avec l'os iliaque gauche sans qu'on n'y aperçoive de trace d'une séparation antérieure. L'auteur donne les dimensions exactes de tous

ces bassins, et quatre planches représentent les contours du détroit supérieur de quelques-uns d'entre eux.

Ces cas viennent encore confirmer l'opinion, déjà émise par l'auteur, que le rétrécissement du bassin résultant du rapprochement de l'os sacrum et de l'un des os pubis, se trouve plus fréquemment du côté gauche que du côté droit.

Cette difformité du bassin est-elle le résultat d'un travail inflammatoire antérieur, ou d'une incurvation de la colonne vertébrale, ou d'une ossification vicieuse d'une moitié de l'os sacrum? Le peu de renseignemens qu'on a pu obtenir jusqu'ici sur la santé antérieure des individus en question, ne suffit pas pour qu'on puisse donner à cet égard une opinion décisive. Ce vice semble être assez fréquent, puisque l'auteur en a déjà rassemblé neuf exemples depuis qu'il a donné à ce sujet plus d'attention; mais ne se laissant pas ranger dans les vices de conformation dépendant du rachitis et de l'ostéomalacie, il a été négligé malgré son importance. Delpech, dans les Mémoires des hôpitaux du midi, parle d'un rétrécissement oblique du bassin, qui se rapporte peut-être à la difformité décrite par Naegelé; aussi Dubois dans sa thèse du concours pour la chaire de clinique d'accouchemens (Gazette méd., mai 1834) semble en avoir connaissance.

Heidelberger Medicinische Annalen. Vol. x. Livr. 3. — *Kleinert's, Repertorium*, 1836. I. Ergaenzungsheft zum IX. Jahrgang).

ANTOLOGIA MEDICA.

Typhus charbonneux, occasionné par la morve des chevaux; par J. Berra.

Ce mémoire a pour but de faire connaître une maladie protéiforme qui s'est développée dans l'hiver de 1833; à en juger d'après ses causes et par sa marche uniforme, elle dut son origine à une infection contagieuse. A San Benedetto (province de Mantoue) quatre personnes, qui avaient soigné pendant longtemps des chevaux morveux, furent atteints d'une fièvre, dont le type, d'abord différent chez chaque malade, se transforma par la suite chez tous en type continu. A cette fièvre se joignirent des symptômes évidens de typhus et un exanthème extraordinaire, que l'auteur appelle charbonneux. La marche de cette affection était plus ou moins rapide, sa terminaison toujours funeste. L'apparition de l'exanthème signalait un degré violent de la maladie et en accélerait toutes les fois la terminaison funeste. L'auteur croit ce sujet d'autant plus propre à exciter l'intérêt des médecins, que les faits de ce genre sont excessivement rares et que ce n'est que de leur observation que peut résulter la solution de la question si souvent agitée, si le virus morveux des animaux solipèdes (monophalanges) est ou non transmissible à l'homme. M. Berra y joint la relation d'une maladie analogue, qui s'est montrée, il y a plusieurs années, à Ostiano (province de Mantoue) et devant son origine à la même cause qui a donné naissance au typhus charbonneux de San Benedetto; il pense que la ressemblance des phénomènes et des causes qui ont donné lieu à ces deux affections est un moyen de plus pour répondre d'une manière satisfaisante à la question sus-indiquée. En nommant cette affection *typhus charbonneux*, l'auteur croit avoir choisi le nom qui exprime le mieux sa nature. D'abord les phénomènes typhoïdes furent trop manifestes chez tous les malades, pour qu'on put ne pas y faire attention; de l'autre part, l'exanthème différait trop de tous les exanthèmes connus jusqu'ici, et les formes sous lesquelles il parût, ne furent pas assez constantes, pour qu'on put caractériser la maladie. Parmi les auteurs il n'y a que Laurin (*Sur les épizooties des animaux domestiques*), qui dit que la matière morveuse, transmise à d'autres animaux et à l'homme, au lieu de provoquer la même affection scrofuleuse et lymphatique, agit plutôt comme virus animal et produit une inflammation septique avec des tumeurs charbonneuses. C'est en effet ce que l'observation a confirmé, et sur quoi l'auteur a fondé le nom par lequel il désigne la maladie en question.

Le docteur Farozzi, qui nous a laissé une description de la maladie observée à Ostiano, l'appelle *febris pestiformis*, expression qui n'en rend pas assez les traits caractéristiques.— M. Berra fait précéder la description de cette affection typhoïde de quelques mots sur les symptômes essentiels de la morve et sur sa marche, pour mieux faire voir l'époque et les circonstances dans lesquelles la maladie est susceptible de se communiquer; chose, à laquelle les auteurs n'ont pas fait assez d'attention jusqu'ici et d'où résulte la divergence des opinions sur la possibilité d'une transmission de ce virus à l'homme.

La véritable morve contagieuse parcourt trois périodes. Dans la première, elle se présente sous la forme d'une simple affection catarrho-lymphatique, d'une espèce d'angine. Elle est accompagnée d'une fièvre plus ou moins intense, qui peut même manquer tout à fait dans le principe. Mais on observe toujours une inflammation de la muqueuse nasale; peu à peu survient une sécrétion modérée d'une matière blanchâtre dans une ou dans les deux narines. A mesure que l'affection fait des progrès, les glandes maxillaires et linguales se tuméfient et deviennent douloureuses; les glandes lacrymales sont pareillement affectées et deviennent le siége d'un larmoiement plus ou moins fort. Cet état des choses dure pendant quelques semaines; l'animal mange, boit, dort, fait tout comme d'ordinaire et paraît se bien porter. La sécrétion des narines ne tarde pas à devenir plus épaisse; elle prend une couleur verdâtre, brune ou grisâtre, devient fétide, âcre, corrode les vaisseaux déliés de la muqueuse; il se forme des excoriations et des ulcères appelés *morveux*. L'animal perd le courage et l'appétit; il dépérit, la sécrétion devient ichoreuse, fétide, de plus en plus âcre et épaisse: elle attaque les cartilages et les os du nez et entraîne des désorganisations considérables de l'organe de l'odorat. La morve est-elle chronique et ancienne, la respiration de l'animal est accélérée, halétante, ronflante; son haleine est brûlante et fétide; la tête et tout le corps sont couverts de tumeurs œdémateuses; la sécrétion devient de plus en plus copieuse et mauvaise; à la fin il se développe des tubercules carcinomateux. C'est ainsi que l'affection s'étend toujours d'une manière très-lente, de sorte que l'animal, s'il est bien nourri, peut encore vivre un ou deux ans, avant de succomber à cette destruction progressive.

La morve a son siége dans le système lymphatique; mais à mesure qu'elle s'étend, tout l'organisme y participe. Son foyer principal est dans les narines et de là elle peut se propager même au cerveau, qui a quelquefois présenté des altérations graves dans les autopsies de chevaux morveux. La morve est, pour ainsi dire, bénigne, aussi longtemps qu'elle est encore à sa première période et qu'elle ne constitue qu'une irritation simple et locale, ou tout au plus une inflammation aiguë de la membrane muqueuse et des parties tapissées

par cette dernière. Mais plus elle s'étend, plus la dyscrasie scrofuleuse et lymphatique se développe, plus l'appareil muqueux du nez est atteint et la sécrétion devient épaisse et âcre, plus aussi la contagion devient diffusible. Elle l'est le plus vers la fin de la seconde période de la maladie, quand les ulcères morveux et des escarres se sont formés, et que l'ichor devient sanieux ; la contagion reste telle jusqu'à la mort de l'animal. C'est donc dans la période de la blennorrhée et plus encore dans celle de la colliquation que la morve peut se communiquer à d'autres animaux et même à l'homme. En ce qui concerne la transmission de la contagion à l'homme, la question qui s'y rattache immédiatement est celle-ci : la contagion de la morve agit-elle comme telle ou n'agit-elle que comme agent morbifique en général ?

L'expérience nous apprend qu'il est beaucoup de contagions produites par certains animaux malades qui sont transmissibles à des animaux d'un autre genre. Quelques contagions sont transmissibles dans toute la rigueur du terme ; c'est-à-dire, qu'elles provoquent la même maladie, quel que soit le genre d'animaux sur lequel elles exercent leur influence. Telles sont les contagions de la rage, de la vaccine, de la clavelée, du javard des solipèdes, de quelques formes de gale, etc. Il est d'autres contagions, qui dans leur action sur des genres différens d'animaux ne restent plus strictement les mêmes, mais qui agissent plutôt par leur qualité générale de cause morbifique. Nous y comprenons toutes les maladies des animaux en général, avec ou sans exanthème; elles peuvent se communiquer d'une espèce à l'autre ou à l'homme par les voies de la respiration, de la digestion ou de la circulation. Mais il est difficile d'expliquer de quelle manière les contagions du premier ordre, celles qui sont propres à un seul genre d'animaux, se transmettent à un autre genre.

La surprise a été d'abord grande, quand un médecin anglais a rapporté le premier l'observation d'une maladie chez l'homme, par l'effet du contact avec le virus morveux. On ne savait comment expliquer le mode de transmission. Plusieurs auteurs n'ont pas hésité de révoquer en doute la possibilité de la chose et la rareté du fait n'admît pas de décision définitive. Aujourd'hui, en rassemblant les observations rapportées dans les *Annales d'Omodei* et celles de M. Berra, on ne saurait plus douter de l'influence du virus morveux sur l'homme. D'après les observations citées dans le journal d'Omodei, la maladie parut chez l'homme sous une forme analogue à la morve même : tuméfaction œdémateuse de la figure, surtout des paupières et du nez, au point que le malade est incapable d'ouvrir les yeux ; d'un côté du nez coloration foncée, et de l'autre, coloration tout à fait noire ; insensibilité et même destruction gangréneuse du nez avec sécrétion d'un ichor ténu et de mauvais aspect. La narine droite donne de temps en temps issue à une grande quantité de mucosités épaisses et jaunâtres, probablement tout à fait semblables à la sécrétion qui a lieu chez les chevaux affectés de morve. Ces phénomènes furent à peu près les mêmes dans trois cas.

La maladie présenta un tout autre caractère dans un cas communiqué par le Dr Williams. Dans le principe, éruption d'une foule de tumeurs de mauvaise nature, qui devenaient gangréneuses et étaient suivies de dépérissement et de la mort. C'est sous cette même apparence que se dessina la fièvre pestilentielle à Ostiano, et le typhus charbonneux à San Benedetto, dont voici la description :

Le meunier Camerlenghi possédait deux chevaux atteints de morve ; une jument, un mulet et un âne, appartenant à son frère Martin, aussi meunier de profession, étaient affectés de la même maladie ; elle était déjà devenue chronique chez tous et avait fait de grands progrès. Le nommé Natale, fils de Martin, qui soignait principalement les animaux malades de son père et qui avait couché pendant tout l'hiver dans l'écurie, tomba le premier malade du typhus charbonneux et succomba au milieu de mars 1833. André, fils de Louis C., âgé de six ans, qui, malgré l'expresse défense de son père allait souvent à l'écurie, pour nettoyer le nez des animaux malades ou pour les monter, devint malade à son tour au milieu de mai et mourut le 7 juin. Pendant la maladie de Natale, son père, Martin, âgé de 58 ans, lui ayant cédé son lit, prit soin des animaux malades et coucha dans l'écurie. Il tomba malade le 8 juin et succomba le 18. Enfin le jour même de la mort du père, Charles, fils aîné de Martin, âgé de 10 ans, qui avait assisté depuis longtemps son père et son frère dans le soin des animaux, s'alita et mourut le 30 juin. Chez ces quatre individus l'affection débuta par une légère fièvre à type intermittent, tierce chez un seul et quotidien chez les autres. Cette fièvre était accompagnée pendant quelque temps de symptômes gastriques. Plus tard les articulations commençaient à devenir douloureuses, la fièvre augmentait et changeait son type intermittent en type continu, le pouls était vibrant et tendu, et la maladie prenait le caractère d'une forte affection rhumatismale. Les choses restaient dans cet état pendant quelques jours; alors disparaissaient les symptômes rhumatiques et gastriques, et les malades se portaient assez bien ; mais un ou deux jours après, la fièvre reparaissait avec beaucoup plus de violence. Pouls comme auparavant, figure rouge, langue couverte d'un enduit épais ; ventre souple, peau brûlante, urines peu abondantes, et en même temps douleur fixe à la poitrine. Les saignées ne produisaient pas de soulagement ; le sang se couvrait d'une couënne épaisse et solide. A mesure que la maladie faisait des progrès, le pouls devenait dur, tendu, accéléré, il survenait du délire, des convulsions, du météorisme. La déglutition était gênée, la langue fort sèche. Les malades ne vomissaient pas ; mais tous les accidens augmentaient en intensité ; un assoupissement presque non interrompu indiquait l'atteinte grave du cerveau. En même temps que la fièvre faisait sa seconde recrudescence, il paraissait à la figure quelques petits points rouges presque imperceptibles, plus petits que des piqûres de puces, mais sans auréole. Ces petites taches,

ressemblant sous tous les rapports aux pétéchies, s'élevaient en peu d'heures en petites vésicules blanchâtres, qui se transformaient avec une rapidité étonnante et presque à vue d'œil en pustules de différente forme et grandeur. Il y en avait de la grandeur d'un grain de millet ; d'autres, au contraire, avaient le volume d'une noix ; toutes étaient sans auréole et contenaient du véritable pus. Elles ne s'ouvraient pas toutes d'elles-mêmes ; celles qui s'ouvraient spontanément, formaient un ulcère profond et de mauvaise nature, aussi large que la base de la pustule, à fond violacé ou rouge foncé. Les pustules, qui furent déchirées ou ouvertes par incision, ne formaient pas d'ulcère. Le caractère des pustules et des ulcères dépendait de l'étendue ou de l'épaisseur plus ou moins grande du tissu cellulaire sous-dermoïde. Les pustules offraient une couleur plombée, et la matière qu'elles contenaient était jaunâtre ; cette matière, très-liquide, inodore, excessivement corrosive n'était couverte que d'une pellicule mince. Chez un des malades c'était surtout la figure qui était remplie de ces pustules, grandes comme des noisettes ; elles se confondaient et laissaient après elles un ulcère, qui s'étendait sur toute la figure depuis le front jusqu'aux arcades zygomatiques et à la lèvre supérieure. Outre ces pustules on remarquait çà et là des points rouges, beaucoup plus larges que les pustules, indolens et présentant autant de petits phlegmons érysipélateux, qui ne subissaient pas d'autre changement. Souvent les pustules s'élevaient au centre de ces phlegmons ou occupaient la moitié de leurs bords. Ce fut ainsi que les symptômes typhoïdes et ceux de l'éruption cutanée marchèrent ensemble. La maladie, rebelle à tout traitement, alla toujours en croissant et les malades mouraient au bout de la seconde ou au commencement de la troisième semaine dans les douleurs les plus atroces et après une pénible agonie.

La maladie, qui avait régné à Ostiano et dont l'origine était due à la même cause que la précédente, n'en différa pas non plus sous le rapport de sa marche. D'après les observations du professeur Tinelli, laissées à l'auteur en manuscrit, elle consista en deux périodes différentes, celle de l'inflammation simple et celle de l'exanthème. Les précurseurs étaient : sentiment de brisure générale, insomnie et défaut d'appétit, prostration des forces. Il s'y joignit ensuite un frisson répandu sur tout le corps, céphalalgie, chaleur et sécheresse de la peau, langue chargée de mucosités, rougeur des urines, plénitude et accélération du pouls, qui, d'ailleurs était régulier. Le sang tiré des veines, se couvrait d'une couenne inflammatoire. La maladie ne passa jamais à la seconde période avant le 7me jour. Les symptômes de la fièvre disparaissaient, et étaient alors remplacés par une forte oppression ; les malades déliraient de temps à autre, et leur corps était quelquefois partiellement couvert de sueur. Tous avaient l'air fort abattu ; l'urine déposait un sédiment ; chez aucun on n'observait de saignement du nez. Le dos des mains et des pieds étaient devenus le siége de vives douleurs poignantes, se tuméfiaient et il s'y développait de la rougeur, suivie de gangrène. Au fur et à mesure que la douleur diminuait, la vitalité s'éteignait et la circulation stagnait dans les parties atteintes, qui ne tardaient pas à se sphacéler. De même que le sphacèle se développait aux bras et aux pieds, il parût aussi sur d'autres parties du corps, et chez deux malades surtout à la figure, où l'inflammation érysipélateuse étendue et le sphacèle consécutif donnèrent lieu à la difformité la plus hideuse. Les escarres tombées, il restait partout des ulcères avec sécrétion d'un ichor fétide. Hormis les plaques gangréneuses, on observait encore des phlyctènes, des pustules et des papules confluentes, qui suppuraient et couvraient la peau de croûtes épaisses. Chez un seul malade, une femme, morte le 7me jour, on observa au lieu de ces éruptions des taches livides dont tout le corps était couvert. La durée de la maladie varia en général de 9 à 21 jours ; mais elle était toujours mortelle. Les forces diminuaient de plus en plus, les malades s'assoupissaient et succombaient. Une des dernières malades, ne mourut que le 50me jour. On observa d'abord chez cette femme des charbons aux mains, aux pieds et aux paupières ; il se montra ensuite des pustules sur différentes parties du corps ; et à la fin, souffrant de douleurs poignantes dans tous les muscles, elle devint paralytique et soporeuse. Chez un autre malade, qui mourut le 60e jour, le mal était devenu chronique ; il y avait quelque espoir de guérison, la fièvre avait cessé, la tumeur était guérie, l'appétit et les forces commençaient à revenir ; mais tout à coup la fièvre s'alluma de nouveau, un exanthème général et scarlatiniforme s'y joignit et il disparût à son tour et sans desquamation ; des nouveaux anthrax s'élevèrent et le malade mourut de consomption et dans les convulsions.

Personne ne saurait douter un seul instant de l'analogie de la maladie qui a régné à San Benedetto et de celle décrite par Tinelli et Tarozzi. Mais malgré leur ressemblance elles n'offrent pas moins des différences essentielles. Dans la maladie qui a régné à Ostiano, les taches livides se sont transformées en charbons de mauvaise nature et ceux-ci ont dégénéré en gangrène et en sphacèle, tandis que les pustules ont été le siége d'un travail de simple suppuration. Dans la maladie de San Benedetto, au contraire, c'étaient les pustules, qui donnèrent lieu à des ulcères gangréneux, tandis que les petites plaques érysipélateuses de la peau ne subirent pas d'altération. L'affection cérébrale et le développement du typhus, observés par Berra dans l'épidémie de San Benedetto et que Tinelli dit n'avoir jamais rencontrés chez ses malades, constitue encore une autre différence essentielle. M. Tarozzi, dit également avoir observé le typhus à Ostiano. Cette différence peut tenir à la différence des constitutions des malades, à leur prédisposition plus ou moins grande pour des affections cérébrales, à la marche plus ou moins rapide de la maladie, qui ne laissa pas au typhus le temps de surgir, et peut-être aux divers modes de terminaison de l'exanthème.

L'auteur se range de l'opinion de Laurin, citée plus

haut, quant à la manière dont le virus morveux exerce son influence sur l'organisation de l'homme. Il y ajoute encore les remarques suivantes : la diffusibilité des matières contagieuses dans une maladie, dont les dernières périodes se caractérisent par une blennorrhée, se trouve en raison directe de la durée de la maladie, son degré d'intensité et suivant les organes qui sont le siége de la sécrétion. L'humidité et la température élevée de l'atmosphère viennent encore favoriser cette propriété diffusible des contagions. Or, la matière morveuse, douée d'une âcreté corrosive et sécrétée dans la cavité nasale, qui sert en grande partie au passage de l'air expiré, à une période de la maladie où celle-ci a atteint son plus haut degré, cette matière, dit M. Berra, communique à l'air expiré son principe spécifique et cela d'autant plus facilement que la chaleur de l'air expiré favorise l'expansion et la combinaison de ses élémens. Qu'on note en outre l'air humide et chaud des étables, surtout en hiver, et il ne sera pas difficile de comprendre qu'une pareille atmosphère, lorsque des chevaux morveux s'y trouvent, puisse devenir un foyer d'exhalaisons méphitiques et contagieuses.

Il reste encore à noter qu'en parlant de la maladie d'Ostiano, son historien, M. Tarozzi doute s'il doit attribuer l'origine de ce mal à l'action du virus morveux seule ou s'il faut mettre en ligne de compte les fièvres pétéchiales, qui ont généralement régné à cette époque. Ce doute acquiert plus de valeur par la marche que la maladie d'Ostiano a affectée, et on pourrait en effet la considérer comme une fièvre pétéchiale modifiée par le virus morveux. Il n'en est pas de même de la maladie de San Benedetto ; là le virus de la morve paraît seul avoir déterminé la maladie. Au moment où l'auteur rédigeait ces observations, aucune maladie de nature épidémique ne régnait dans les environs ; les quatre individus atteints de typhus charbonneux étaient sains du reste ; ils s'étaient exposés au contact le plus intime avec les animaux malades ; la maladie présenta chez tous les mêmes symptômes, la même marche et la même issue. Les symptômes gastro-rhumatiques, avec lesquels elle semblait vouloir se compliquer, ont pu être purement accidentels et favorisés par la saison pendant laquelle la maladie s'est développée.

Il ne reste rien à dire par rapport au traitement, sinon que toutes les médications tant à Ostiano qu'à San Benedetto restèrent infructueuses. L'état des cadavres et la crainte de l'infection furent cause qu'on négligea dans l'un et l'autre de ces endroits de faire des autopsies. On en trouve rapportées dans les annales d'Omodei. La maladie quoique contagieuse (et c'est la seule circonstance consolante) s'est limitée aux quatre individus qui ont reçu le virus, si nous pouvons dire ainsi, de première main. Aucune des personnes qui ont prodigué des soins à ces malades, ou qui ont été en contact avec eux, ne sont tombées malades. D'après le rapport de Tarozzi, il n'en a pas été autrement à Ostiano, sauf que le curé, après être resté en contact avec 12 malades qui en moururent, fut atteint de symptômes semblables, mais cependant pas tout à fait identiques, et dont il finit par se rétablir entièrement.

ANNIBALE OMODEI,

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Remarques sur les dégénérescences squirrheuses et cancéreuses de l'utérus; par S. Bamalari.

L'auteur, après avoir revendiqué à son célèbre compatriote Monteggia, le mérite d'avoir le premier proposé l'opération de l'excision d'une partie de l'utérus dans le cas d'affections squirrheuses de cet organe, rapporte dans cet article le cas suivant, où il a pratiqué lui-même cette opération :

M. Vacari, veuve, âgée de 27 ans, d'un tempérament sanguin-bilieux, mère de cinq enfans, dit avoir été atteinte d'une métrite puerpérale, il y a déjà plusieurs années. Elle fait remonter le principe de son mal actuel à huit mois, époque à laquelle elle s'aperçut d'irrégularités dans les règles, de faiblesse, d'anorexie, de douleurs dans le vagin, à l'hypogastre et dans les lombes. La veille du jour, où l'auteur la vit pour la première fois (le 20 juin 1835), elle avait encore eu une perte abondante de sang, qui s'était arrêtée d'elle-même. Prostration extrême des forces, teint cachectique, fièvre continuelle avec exacerbations le soir, défaut d'appétit, écoulement de matières séreuses sanguinolentes et très-fétides par la vulve; tels étaient les symptômes que présentait alors la malade. L'exploration manuelle fit découvrir une tumeur dure, bosselée, douloureuse au toucher et saignante, qui occupait le col de l'utérus et s'étendait sur toute la lèvre inférieure du museau de tanche. A l'aide du *spéculum* de M. Récamier, on distinguait à cette tumeur une couleur rouge foncée et une surface irrégulière; elle avait le volume d'un œuf et était fort dure. Les parties circonvoisines étaient saines, sauf la partie postérieure qui était excoriée et enflammée. La malade accéda à la proposition de l'opération, qui fut pratiquée le 30 juin. Après avoir mis la malade dans une position semblable à celle exigée pour l'opération de la taille, l'opérateur introduisit le spéculum de M. Récamier de sorte que son extrémité supérieure joignait la partie supérieure du vagin et que la tumeur se trouvait embrassée dans l'excavation de l'instrument. Après avoir remis ce dernier entre les mains d'un aide, et fait une injection d'eau tiède, l'opérateur saisit de la main gauche les pinces à double érigne de Museux et de la main droite les ciseaux courbes; et en attirant avec les premières la tumeur vers lui, il en fit l'excision à l'aide des ciseaux. La malade perdit peu de sang; l'opération ne dura que fort peu de temps et ne fut pas douloureuse.

La tumeur extirpée présenta tous les caractères anatomiques du tissu cancéreux; dans son intérieur il était divisé par diverses stries blanchâtres, luisantes et comme cartilagineuses; quelques points ramollis contenaient un liquide de différentes couleurs et consistance, enfermé dans des parois également ramollies.

La guérison s'opéra sans accident remarquable; la réaction inflammatoire était légère; lotions fréquentes, pansemens de charpie simple souvent renouvelés; deux applications de nitrate d'argent, telle est toute la médication employée pendant quatre semaines. L'ouverture naturelle du col utérin resta perméable et la malade reprit son ancien état de santé. L'exploration, faite quatre mois après l'opération, ne laissa pas de doute concernant la guérison.

L'observation, tant dans les hôpitaux que dans la pratique particulière, a appris à l'auteur que l'affection cancéreuse de l'utérus prend toujours son point de départ du col de cet organe, à l'endroit appelé museau de tanche, et il doute si jamais cette maladie attaque primitivement le fond où le corps de la matrice. Le cancer du col utérin ne se présente pas sous l'aspect d'un cancer à base squirrheuse, tel que celui qui occupe le tissu glandulaire du sein, des parotides, etc.; il ressemble plutôt aux cancers cutanés et offre le plus d'analogie avec les affections cancéreuses qui attaquent le derme de la face; lui aussi, il prend naissance d'une surface membraneuse, sur laquelle se développent des petites tumeurs et des rhagades, donnant lieu à des ulcères, s'étendant en profondeur et en largeur, se fondant les uns dans les autres, jusqu'à ce que le col de cet organe se trouve envahi d'une plaie large et profonde, qui ne tarde pas à se propager rapidement sur le reste de l'utérus et à intéresser bientôt les parties contiguës, telles que le vagin, la vessie et le rectum. Scarpa aussi a reconnu la tendance progressive du mal en question comme un des faits les moins contestables en pratique chirurgicale. Mais telle n'est pas la marche que nous observons dans les autres maladies qui intéressent cet organe, comme l'endurcissement et l'hypertrophie du col, l'altération stéatomateuse, les polypes et les corps fibreux, maladies qui restent stationnaires pendant des années, sans dégénérer en affection squirrheuse.

L'auteur fait prompte justice des moyens internes et externes, tels que les mercuriaux, la ciguë, l'arsenic, la compression et autres remèdes préconisés dans le traitement des maladies cancéreuses. L'opération pratiquée dans le principe du mal et avant que la cachexie cancéreuse ne se soit développée, est le seul ancre de salut pour cette classe de maladies.

M. Bamalari pense que dans la généralité des cas l'excision est préférable à l'application des caustiques. La première se fait promptement; il ne s'en suit pas d'écoulement, qui à lui seul peut aggraver l'état de l'utérus par la qualité corrompue des matières sécrétées. Le chirurgien a en son pouvoir de circonscrire exactement la partie malade, et l'hémorrhagie est facile à arrêter au moyen du tamponnement. Le caustique, au contraire, exige des applications réitérées, et chaque application provoque une nouvelle inflammation. Son action est incertaine et il ne l'applique souvent pas aux parties qu'on veut détruire. La rétention de l'escarre retarde la guérison, et le gonflement des parties, qui en résulte, empêche souvent l'emploi de remèdes topiques, exigés d'ailleurs par l'inflammation.

L'auteur rejette enfin l'extirpation de la totalité de l'utérus comme une opération qui n'offre aucune chance de succès.

(*Omodei Annali*, 1836, janvier.)

REPERTORIO DEL PIEMONTE.

—

Histoire d'une apoplexie de la moelle épinière et du cerveau; communiquée par C. G. Sacchéo, professeur de l'université de Sassari, en Sardaigne.

Les cas d'apoplexie de la moelle épinière étant en général fort rares, et leur diagnostic offrant de grandes difficultés, l'auteur rapporte en détail un exemple où l'autopsie est venue confirmer l'existence de cette affection, espérant de répandre par là quelques nouvelles lumières sur le diagnostic.

Une servante, âgée de 27 ans, d'un tempérament sanguin, dont les facultés intellectuelles étaient peu développées, presque dépourvue de mémoire et souvent mélancolique, se plaignait depuis neuf mois d'une légère douleur dans la tête et dans le dos. Elle vaqua néanmoins à des ouvrages fatigans dans la maison jusqu'au 18 février, où, rentrant d'une longue promenade, elle perdit tout-à-coup, sans cause appréciable, la faculté de parler et de se mouvoir. La malade atteinte ainsi subitement d'aphonie et de paralysie du bras et de la jambe droite, fût transportée au lit et saignée. La quantité du sang, obtenue par la saignée, fut peu considérable. Le lendemain, quand l'auteur la vit, elle présentait les symptômes suivans : Quand elle essayait de parler, elle ne prononçait les mots qu'à demi; la vue et l'ouïe n'étaient pas intéressées; les mouvemens de la langue, qui était tirée à droite, semblaient assez libres; la malade donnait un signe de douleur lorsqu'elle portait la main gauche à sa tête, le mouvement et la sensibilité de la moitié droite du corps étaient entièrement abolis. Les évacuations des intestins et de l'urine étaient involontaires. Le *pulsus cutaneus* ressemblait au *pulsus cephalicus* (1), et était plus distinct dans le bras paralysé. Il était presque normal sur le côté sain. L'auteur remarque ici en passant que, grace à une étude particulière, continuée pendant vingt ans, il est parvenu à pouvoir déterminer que le pouls, caractéristique aux maladies de la moelle épinière, ressemble au *pulsus cutaneus* (qui produit des pulsations ondulatoires, lorsqu'on le tâte avec le bout des doigts), avec cette différence qu'il est plus serré. C'est par cette raison que, lorsque la partie supérieure de la moelle voisine de la moelle alongée est affectée, ce pouls se complique d'une légère élévation sous le bout de l'indicateur (caractère céphalique); tandis que, lorsque l'affection de la moelle a son siége dans la région lombaire, le pouls cutané se dessine mieux sous les doigts moyen et annulaire. L'auteur va même encore plus loin; il croit pouvoir distinguer les différences du pouls céphalique et spinal, selon que les membranes des centres nerveux ou les parties qu'elles enveloppent sont affectées. Dans le premier cas le pouls est vibrant et tendu, dans l'autre il est plein et mou.

Au moment où cette servante tomba malade, il régnait une espèce de *genius morborum apoplecticus*, car sur une population d'environ 21,000 habitans, il y en avait huit atteints d'apoplexie et plusieurs autres affectés de vertiges. La malade étant reçue à l'hôpital le 26 février, l'auteur se convainquit encore plus de la justesse de son diagnostic, auquel il ajouta même la remarque que l'affection occupait probablement la partie supérieure de la moelle épinière en se dirigeant du côté droit vers le centre. On appliqua à différentes reprises des ventouses scarifiées et des sangsues à l'endroit correspondant aux vertèbres du col; la région de la nuque fût ensuite couverte d'un sinapisme; à l'intérieur on administra des pilules composées d'arnica et de valériane. L'état de la malade s'améliora en effet considérablement jusqu'au 6 mars, et elle semblait entrer bientôt en voie de guérison, lorsque le 7 elle eût une seconde attaque d'apoplexie qui cette fois offrant tous les caractères d'une apoplexie cérébrale, se compliqua bientôt de l'inflammation de l'enveloppe arachnoïdale. Les moyens employés restèrent infructueux et la mort arriva le 11.

Autopsie, vingt heures après la mort. En ouvrant les cavités rachidienne et du crâne on trouva à la portion spinale de la dure-mère, dans la partie postérieure de la région sacro-lombaire une injection vasculaire, résultant du décubitus. Une incision profonde donna issue à une assez grande quantité de sérosité sanguinolente, là où commence la *cauda equina*. La surface antérieure et postérieure de la moelle ne présentaient

---

(1) Nous ne comprenons pas fort bien ce que l'auteur veut exprimer par cette distinction du pouls cutané et céphalique. Nous ne pouvons que rendre littéralement les propres termes de l'auteur, dont les doigts semblent être doués d'une sensibilité toute particulière pour pouvoir distinguer au pouls des modifications dont nous n'oserions même imaginer de loin l'existence.

(*N. du Réd.*)

rien de morbide jusqu'au commencement de la portion cervicale, qui était injectée dans toute sa longueur. A deux lignes environ au-dessous du bulbe rachidien se trouvait un caillot de sang noir du volume d'un petit pois. Les vaisseaux qui se ramifient dans les interstices des fascicules nerveux du côté droit, étaient engorgés, sans que la couleur et la consistance de la substance médullaire n'en eussent éprouvé d'altération. Dans le cervelet les vaisseaux, rampant à la surface des hémisphères étaient gorgés de sang. Une ossification du volume et de l'épaisseur d'un denier se trouvait sur le côté droit près du grand appendice falsiforme. Trois ou quatre tubercules de nature albumineuse s'élevaient au milieu de l'hémisphère gauche; situés dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdal, ils étaient le résultat d'une sécrétion morbide de cette membrane, qui présentait des traces manifestes d'inflammation et adhérait si solidement à la pie-mère et à la substance corticale, qu'il fût impossible de les séparer. En pénétrant avec la pointe du scalpel dans une de ces adhérences, on rencontra un épanchement sanguin, du volume d'une grosse noix et convert de la substance corticale. La substance médullaire dans cette partie était ramollie et formait une espèce de bouillie; ce ramollissement, de couleur rosée, s'étendait sur la moitié de cet hémisphère. Le ventricule latéral gauche était presque tout à fait rempli de sérosité.

Parmi les auteurs qui ont écrit sur l'apoplexie, J. P. Frank est le premier qui a établi une différence entre l'apoplexie cérébrale et l'apoplexie spinale. Longtemps il nous a manqué des exemples indubitables de véritable apoplexie spontanée de la moelle épinière. L'observation, communiquée par M. Cruveilhier dans son anatomie pathologique, est peut-être le premier fait de ce genre qui a été publié. D'après l'observation qui précède, l'apoplexie spinale se distingue de l'apoplexie cérébrale par l'intégrité des fonctions intellectuelles et sensoriales (moins la sensibilité dans les parties paralysées), qui sont abolies dans cette dernière. La langue est embarrassée, sans être anéantie; dans le principe elle est même quelquefois libre. Il y a en outre paralysie, hémiplégie ou paraplégie partielles. Le pouls présente le caractère sus-indiqué des affections de la moelle épinière. La douleur vive dans la nuque, qui s'étend aux épaules et aux extrémités supérieures, symptôme considéré par M. Cruveilhier comme un des prodromes caractéristiques et essentiels a manqué dans notre cas; si ce symptôme avait existé, la malade aurait été incapable de faire une aussi longue promenade avant l'attaque même. Peut-être l'apoplexie spinale est-elle plus fréquente, qu'on ne le suppose ordinairement.

MISCELLANÉES.

Cas de combustion spontanée partielle sans suites funestes; communiqué par J. Overton, à Tenessee.

M. H., professeur des mathématiques à l'université de Nashville, sujet de cette observation, est un homme âgé d'environ 35 ans, taille moyenne, cheveux blonds, yeux bruns, d'un tempérament sanguin-lymphatique, qui n'a jamais abusé des boissons stimulantes ou alcooliques, mais dont la constitution a considérablement souffert du zèle et du dévouement apporté dans ses travaux scientifiques. Sujet dans sa jeunesse à des dérangemens dans les fonctions de l'estomac et des intestins, il souffre encore maintenant des restes de ces maux, de constipation alternante avec la diarrhée, d'aigreurs de l'estomac, etc., et de tout le cortége des affections sympathiques qui accompagnent ordinairement ces désordres dans les organes de la digestion.

A l'époque où l'accident dont nous allons parler eut lieu, le malade se plaignit d'aigreurs dans l'estomac et remarqua une quantité extraordinaire et irritante d'urée dans la sécrétion rénale. Il prit, selon son habitude, des apéritifs, des anti-acides, etc., pour se soulager.

Un jour, au moment où il était occupé à faire des observations sur l'état de l'atmosphère, et après avoir ressenti quelque temps auparavant l'acidité ordinaire de l'estomac, il sentit tout à coup à la jambe gauche une douleur, comme si l'on tirait un poil, douleur qui devint graduellement plus forte. En appliquant sa main à l'endroit douloureux, il faisait augmenter subitement la sensation en sorte qu'elle ressemblait à la piqûre continuelle d'une guêpe. Frappant alors plusieurs fois la partie avec le plat de la main, il ne faisait que rendre la douleur plus intense; et en regardant la partie souffrante, il voyait distinctement une flamme brillante de l'étendue d'une pièce de dix cents (*ten cent piece*) à sa base, présentant une surface presque convexe, un peu aplatie à son sommet et d'une teinte semblable à celle du mercure vif. M. H. insiste beaucoup sur l'exactitude de cette dernière circonstance par rapport à l'apparence de la flamme. Aussitôt qu'il aperçut la flamme, il y appliqua ses deux mains jointes de manière à couvrir complétement la surface brûlante et à empêcher le contact de l'air, nécessaire pour l'entretien de toute espèce de combustion. Le résultat de cette manœuvre répondit parfaitement à son but; la flamme s'éteignit immédiatement.

Dès que la flamme fut éteinte, la douleur commença à perdre de son intensité. Au commencement de l'accident la sensation douloureuse était limitée à une petite place, autour de laquelle s'étendait aux parties circonvoisines une sensation de chaleur qui n'était nullement *douloureuse*. En examinant après l'extinction de la flamme le siége de la combustion, M. H. trouva à

la partie externe et supérieure de la jambe gauche une surface brûlée, s'étendant de l'extrémité fémorale du péronée obliquement vers la partie supérieure des muscles jumeaux, large d'environ trois-quarts de pouce, longue de trois pouces, et dénudée de son épiderme. La lésion avait toute l'apparence d'une érosion de la peau, comme on voit souvent à la suite de quelque légère violence mécanique, sauf que sa surface était extrêmement sèche et plus livide que ne le sont en général les plaies de pareille étendue produites par l'action de causes mécaniques.

On examina ensuite avec soin l'état du pantalon et du caleçon. La partie gauche du caleçon qui correspondait à la partie blessée de la jambe, était entièrement brûlée dans une étendue correspondante à celle de la plaie. L'action de la flamme semblait s'y être arrêtée brusquement et n'avait pas même torréfié les parties environnantes. Le pantalon n'avait pas été atteint du tout par la flamme; il n'y avait que sa surface interne, qui se trouvait en contact avec la portion brûlée du caleçon, qui était légèrement teinte en jaune.

La plaie ne sembla pas à M. H. de nature assez grave, pour interrompre ses occupations. La cicatrisation se fit lentement et ne fut complète que trente-deux jours après l'accident. M. H. se porte aujourd'hui aussi bien qu'auparavant

(*American Journal of Medical Sciences*. Nov. 1835.)

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

E. Joerg, *Die Foetuslunge im gebornen Kinde fuer Pathologie, Therapie und gerichtliche Arzneïwissenschaft.* Grimma. 1835. 8. pp. 255. 16.

(Le poumon fœtal chez l'enfant nouveau-né, considéré sous les rapports de la pathologie, de la thérapeutique et de la médecine légale.)

M. Joerg a déjà fait connaître dans une thèse, publiée en 1832, les conséquences qui peuvent résulter, après la naissance, lorsque les poumons de l'enfant n'éprouvent pas une distension complète ou que ces organes persistent dans un état qui n'est compatible qu'avec la vie embryonnaire. Cet état de dilatation incomplète des poumons par l'air, appelé par l'auteur *Atelectasis* (du mot ἀτελὴς imparfait et ἔκτασις dilatation), fait le sujet de l'ouvrage en question, qui est divisé en 12 chapitres. Le premier chapitre renferme des considérations générales sur la respiration des enfans nouveau-nés. Dans le second chapitre l'auteur nous donne le tableau des différentes formes, sous lesquelles cet état pathologique des nouveau-nés, appelé *Atelectasis*, peut se présenter et nous croyons devoir le suivre dans quelques détails de cette partie de l'ouvrage. Cet état de distension incomplète des poumons des nouveau-nés peut tenir à une disproportion de l'oxigène, dont la quantité est trop grande, en raison du besoin que l'enfant a de respirer (1re classe); ou à la suppression des forces vitales par suite de quelque affection du cerveau ou de la moelle épinière (2e classe); ou enfin, la faiblesse générale et l'imperfection de l'organisation de l'enfant peuvent en être cause (3e classe). La première classe d'enfans atteints d'atelectasis, nés après des accouchemens faciles et rapides, paraissent vigoureux et sains, les extrémités sont pendantes, la voix est faible et plaintive; la respiration se fait d'une manière superficielle, défectueuse et sans que le thorax se soulève sensiblement. Il est d'autres enfans (et ils forment la seconde classe de ce genre d'affection), nés après un accouchement très-difficile, très-faibles en apparence, qui se distinguent des premiers en ce qu'ils présentent un teint *rouge clair* ou *bleuâtre* de la peau; ils présentent des ecchymoses et d'autres traces de violence, et sont souvent asphyxiés, et toujours excessivement faibles et *pâles* au moment de leur naissance. Cette différence de symptômes dans les différentes classes de l'*atelectasis* n'existe que dans les premières heures après la naissance. Au bout de quelques heures ces différences s'effacent et, à moins de complications importantes, les phénomènes consécutifs se ressemblent dans l'une et l'autre classe de cette affection : à part la faiblesse générale, les enfans semblent se bien porter : c'est ainsi qu'ils font des tentatives pour téter, dans lesquelles ils ne réussissent qu'imparfaitement. On observe chez quelques-uns une coloration gris-bleuâtre et passagère autour de la bouche. De temps à autre tout leur corps et surtout la figure devient bleu et rouge. La respiration est superficielle, la voix faible et plaintive, la succion imparfaite, le sommeil prolongé, ou il manque presque entièrement, et dans ce dernier cas les paupières restent souvent continuellement ouvertes, tandis que le corps et les membres sont presque immobiles. Le second ou troisième jour, rarement plus tard, il s'y joint des convulsions, qui se bornent quelquefois à la figure, se communiquent le plus souvent à d'autres muscles. La peau est le plus souvent froide et couverte de sueur froide. La pâleur de la peau change quelquefois subitement en bleu, surtout autour de la bouche et du nez. Cette coloration livide du nez et des lèvres, résultant d'un trouble de la circulation et surtout de la circulation capillaire, est un signe pathognomonique des maladies de poitrine chez les nouveau-nés. La succion, et chez quelques enfans aussi la déglutition, est très-pénible ou impossible. Il est rare qu'ils font entendre leur voix, qui est rauque, gémissante ou sibilante comme dans le croup. De temps à autre on entend un léger râle; quelquefois ils toussent. La bouche et les yeux sont presque toujours ouverts; les pupilles conservent toujours la même direction. Au nombre des symptômes non constans de cette affection, se trouvent le trismus et des sueurs abondantes de la tête.

Si l'art parvient à interrompre la marche progressive de la maladie, les accès, quoique faisant encore quelques retours, perdent beaucoup de leur intensité. Une prochaine guérison s'annonce par les efforts plus énergiques que l'enfant fait pour téter, et par les mouvemens de respiration profonde et parfaite. Lorsque au contraire la maladie s'empire, souvent après une remission de 12 à 16 heures il succède au premier accès une exacerbation violente, dans laquelle l'enfant perd la faculté de téter et d'avaler, en même temps que la peau devient froide et pâle. Cette pâleur se change en couleur bleue-brune dans les accès subséquens. L'accumulation des mucosités dans les bronches menace l'enfant à chaque instant de suffocation. Les yeux roulent dans les orbites et les muscles des membres supérieurs et inférieurs se trouvent dans une flexion permanente. Les évacuations sont rares ou tout à fait supprimées. Souvent les mouvemens de respiration sont interrompus par une intermission, qui dure une à cinq minutes et pendant laquelle la peau devient tout à fait livide. Ces exacerbations alternent avec des rémissions, les forces diminuent de plus en plus, et les enfans ressemblent à des vieillards atteints de marasme. Les exacerbations finissent par se confondre avec les rémissions.

Dans le troisième chapitre l'auteur expose les *terminaisons de la maladie*. Elle n'est susceptible de guérison que lorsqu'elle existe à un léger degré ou qu'on lui oppose les remèdes appropriés dans les premiers instans mêmes, ou un quart d'heure après la naissance. Parmi les autres maladies dans lesquelles l'affection nommée *Ætelectasis* peut se transformer, l'auteur nomme d'abord *l'obstruction des poumons :* les vésicules aériennes, qui ne se distendent pas, s'oblitèrent entièrement et forment au milieu du tissu mou des poumons des parties fermes et imperméables au sang et à l'air. La *Cyanose chronique* est un état plus dangereux encore. L'affection peut se terminer mortellement, et c'est le plus souvent par apoplexie ou par suffocation (catarrhus suffocativus) que cette issue funeste a lieu. Souvent les symptômes de bronchite et de pneumonie caractérisent la dernière période de ce mal. Enfin l'atrophie résultant du défaut d'oxygène, ce principe si nécessaire à la vie, peut également amener la mort de l'enfant.

Dans le quatrième chapitre nous trouvons énumérées comme causes de cette affection : 1° les accouchemens trop rapides et trop faciles ; 2° la constitution trop faible de l'enfant ; 3° l'accumulation de mucosités dans les voies aériennes, la présence de tumeurs dans le nez, formant obstacle à la respiration ; 4° la température trop basse de l'air ambiant.

Le *diagnostic* de cette affection (cinquième chapitre) est éclairé de l'exploration par la percussion et l'auscultation. La première donne un son mat, semblable à celui produit par la percussion de la région du foie. Le bruit respiratoire a disparu dans les parties imperméables des poumons ; y a-t-il complication d'inflammation ou de sécrétion abondante dans les bronches, ce bruit s'accompagne de râle sec ou humide, ronflant ou sibilant.

Après avoir traité, dans le sixième chapitre, du pronostic de ce mal, l'auteur s'occupe dans le septième, de son traitement. Il établit les indications prophylactiques suivantes : 1° retarder les accouchemens trop précipités ; 2° éviter la compression du cerveau, la tension de la moelle épinière et les hémorrhagies du fœtus pendant la naissance ; 3° éloigner tout ce qui pourrait être ou devenir obstacle à la respiration dans les premiers momens de la vie, et éviter autant que possible la naissance prématurée de fœtus à développement défectueux.

Si la respiration des nouveau-nés est imparfaite, parce que l'accouchement a été trop précipité ou qu'il existe un obstacle mécanique de la respiration, il faut tâcher de remplir d'air les poumons dans toute l'étendue de leur parenchyme. Il faut, au contraire, éviter avec soin tout ce qui pourrait procurer de l'irritation lorsque l'état imparfait de la respiration dépend d'une pression sur le cerveau ou d'une tension de la moelle épinière. Les tentatives pour rappeler la vie doivent être faites avec la plus grande précaution. M. Joerg conseille d'employer aussitôt que possible un bain chaud d'environ 28° R. Si les tentatives sont restées infructueuses avant qu'on a lié ou coupé le cordon ombilical, il est bon de ne plus retarder la séparation de l'enfant d'avec la mère, puisque c'est surtout dans le bain qu'on peut employer avec le plus grand avantage les moyens propres à ranimer la vie. Ces moyens auxquels l'auteur conseille d'avoir recours on avant de mettre l'enfant dans le bain, ou, lorsque ceux-ci restent infructueux, dans le bain même, sont les suivans : éloigner de l'intérieur de la bouche les mucosités glauques, s'il y en a, faire des frictions dans la paume des mains et à la plante des pieds avec une brosse ; faire les mêmes frictions le long de la colonne vertébrale ; verser de l'éther sulfurique par gouttes sur le ventre, le dos et la poitrine ; humecter du même médicament le palais et les narines ; irriter à l'aide d'une plume le pharynx, le larynx et les narines, introduire des sternutatoires dans le nez ; jeter de l'eau froide sur la poitrine et l'abdomen ; administrer des lavemens d'eau tiède, auxquels on peut ajouter du vinaigre. De temps à autre on laisse un intervalle de repos, puis on recommence les expériences après quelques minutes. M. Joerg déconseille l'insufflation de l'air, par la raison que les organes ne possèdent pas de vitalité propre à eux seuls, et que l'activité des poumons dépend de l'intégrité du cerveau. Il faut souvent continuer les expériences pendant 3 à 4 heures et les enfans doivent rester pendant ce temps dans le bain, avant qu'on peut concevoir quelque espoir de les conserver en vie. Du moment où ils commencent à entr'ouvrir les yeux, à exécuter des mouvemens avec les extrémités et les lèvres, à faire des inspirations plus fréquentes et des efforts pour crier, on fera bien de les rendre, bien couverts et habillés chaudement, à la mère ; la chaleur maternelle et la nourriture, si la succion est possible, ne contribueront pas peu à accélérer la guérison. Si l'on n'est pas parvenu à régulariser les mouvemens de la respiration à l'aide des moyens sus-indiqués et que, par conséquent une maladie des poumons s'est développée durant l'asphyxie, son traitement coïncide avec celui qu'on emploie lorsque l'asphysie résulte d'un accouchement précipité, d'organisation incomplète, d'hémorrhagie, d'obstacles mécaniques de la respiration ou de refroidissement. C'est en irritant les organes voisins qu'on cherche à exciter les poumons *per consensum*, qu'on stimule en outre directement par l'insufflation de l'air. On jette de l'eau froide sur l'abdomen et le thorax, on frictionne ces parties, on administre des lavemens, etc. Si ces moyens restent sans succès et si le cerveau et la moelle épinière sont intacts, l'auteur conseille de donner un vomitif (Rad. ipecac. gr. ii—iii, ou Oxym. scill ; ou Tart. emet.) ; de cette sorte on augmente l'expectoration, et les contractions de l'abdomen et du diaphragme viennent communiquer un mouvement consensuel aux poumons. L'auteur conseille encore le calomel à petites doses (un demi-grain à 1 gr.) ; le bain chaud et les sinapismes.

Les chapitres suivans contiennent les résultats de l'examen cadavérique des enfans morts de cette affection, plusieurs observations propres à l'auteur, et les déductions qu'on peut tirer de ce qui précède pour la médecine légale. Il se peut que des enfans ayant vécu

pendant plusieurs jours, leurs poumons en totalité ou divisés en fragmens plongent néanmoins au fond de l'eau. Il existe par conséquent des différences entre les poumons d'enfans morts de l'atelectasis et ceux d'enfans nés morts. L'auteur croit, en raison de la rareté des guérisons de cette affection dangereuse, que sous le rapport de viabilité, ces enfans rentrent dans l'ordre des enfans prématurés, monstrueux, affectés de vices organiques considérables et incapables par leur organisation de continuer à vivre.

J. R. Koechlin. *Ueber die in unsern Zeiten unter den Fuechsen herrschende Krankheit und die Natur und Ursachen der Wuthkrankheit ueberhaupt;* Zuerich, 1835. pp. 46. 8°.

(Sur une maladie qui règne de nos jours parmi les renards, et sur la nature et les causes de la rage en général.)

L'auteur commence par donner succinctement l'historique de cette affection, notée pour la première fois par le Camus, Richter et Rougemont. La première épizootie de ce genre a été observée en 1780, dans les environs de Francfort-sur-Mein. Depuis cette époque elle s'est montrée assez souvent dans divers cantons de la Suisse, dans le Wurtemberg, la Bade, dans la forêt du Spessart, dans quelques districts de la Bavière, de la principauté de Hohenzollern, dans la Hesse, le duché de Nassau et en Vorarlberg. Mais c'est surtout dans le canton de Zuric que la maladie a pris une extension extraordinaire; dans ce canton seul on a tué au delà de 300 renards, dont un tiers a été déclaré affecté ou suspect de rage. Il y eut en même temps plusieurs chiens, des chats et des blaireaux atteints de la rage. Un bœuf, mordu en pâture par un renard enragé et une fille ont également succombé à l'hydrophobie.

La maladie présente plusieurs différences de symptômes, tant sur le corps vivant que sur le cadavre, différences que l'auteur cherche à expliquer par la période plus ou moins avancée de la maladie, dans laquelle les animaux ont succombé, ou ont été tués.

L'auteur note, comme un des signes caractéristiques de la rage chez les renards le défaut de la timidité naturelle, propre à ces animaux. Atteints de rage, ils pénètrent dans les villes et dans les maisons, où ils attaquent et les hommes et les animaux domestiques. Il y en a qui sont comme assoupis et hors de connaissance; ils regardent fixement les objets devant eux, chancellent et finissent par tomber. Ils n'aperçoivent pas la présence de personnes, et insensibles aux cris et aux attaques, on les tue sans difficulté. Il en est d'autres qui cherchent à fuire à l'approche des hommes; bientôt attrapés ils essaient de se défendre en mordant avec un ricanement furieux tous les objets qu'on leur oppose. D'autres enfin attaquent réellement et cherchent à mordre jusqu'au moment où ils tombent. L'ensemble de ces symptômes, dit l'auteur, annonce quelque lésion de la sensibilité, la perte de l'instinct naturel et une espèce d'aliénation des facultés *appétitives* de ces animaux.

On a fait l'autopsie de soixante renards enragés. Elle n'a pas fourni chez tous des résultats parfaitement identiques. Chez quelques-uns d'entre eux on n'a découvert rien qui soit anormal. Dans la plupart de cas l'animal était maigri, la peau mauvaise, le poil hérissé, privé de lustre et mêlé, la queue dépourvue de poils; la peau présentait chez quelques-uns des cicatrices et des plaies en suppuration; les muscles étaient presque toujours flasques. Le cerveau était ou normal ou ramolli; le plus souvent il était gorgé de sang. Il en fut de même des vaisseaux des enveloppes du cerveau et de la moelle épinière. La muqueuse du nez, du larynx et de la trachée-artère était quelquefois plus ou moins injectée; d'autres fois elle présentait l'apparence d'une véritable phlogose, elle était livide et couverte de taches noires. Les poumons étaient enflés et enflammés, de même que la plèvre; dans un cas, on trouva à l'intérieur de ces organes des parties blanches-jaunâtres du volume d'un pois jusqu'à celui d'une noisette. Le cœur était ou naturel, ou flasque, ou phlogosé, le ventricule droit et les oreillettes étaient d'un rouge foncé et les gros vaisseaux veineux remplis d'un sang noir et caillé. Souvent la muqueuse de la gueule et du pharynx était injectée, enflammée et même tachetée en noir; gencives et palais secs, de couleur de plomb, noirs; langue gonflée, fort rouge à sa base, livide ou brune. Estomac et intestins quelquefois vides et resserrés, d'autres fois remplis de chyme ou distendus par des gaz. Les gros intestins contenaient souvent des excrémens desséchés. Dans l'estomac on trouvait souvent des poils ou d'autres objets hétérogènes; la muqueuse était couverte d'un mucus jaunâtre ou de couleur foncée, quelquefois elle était enflammée. Les intestins grêles présentaient les mêmes apparences. Le foie fut toujours trouvé enflammé et en partie gangréneux. Dans un seul cas c'étaient les poumons, au lieu du foie, qui étaient le siége de cette espèce de phlegmasie charbonneuse. Dans tous les autres cas on trouva le foie hypertrophié, gorgé de sang, rouge ou pâle, grisâtre, jaune, brunâtre, noir, ou marbré; la substance était friable comme une bouillie et offrait une odeur fétide. La vésicule du fiel ne présentait jamais son état naturel. La rate était dans le plus grand nombre de cas enflammée et gangréneuse. Le mésentère, l'épiploon, le péritoine, les reins et la vessie urinaire n'offraient pas moins de traces de congestion et d'inflammation. Les mêmes altérations furent trouvées sur les chats, les blaireaux et les chiens atteints de rage.

Il résulte, en somme, des faits fournis par les autopsies, que dans quelques cas on n'a trouvé aucune anomalie, tandis que le plus souvent l'examen cadavérique a fait reconnaître des traces indubitables d'inflammation et de gangrène; altérations qui ont occupé à un degré plus ou moins élevé tantôt un seul organe, et tantôt la plupart des organes de l'économie. Cette différence des données anatomiques n'empêche pas l'auteur de regarder cette maladie des renards comme identique

de la *rage*. Il partage l'opinion, déjà émise par d'autres observateurs, que souvent les animaux, atteints de cette affection, succombent avant même que la contagion se soit développée; circonstance qui n'empêche pas de soumettre tous les individus mordus à un traitement prophylactique, consistant en un régime doux, dans l'usage de quelques diaphorétiques et dans l'application d'un cautère permanent.

R. Tsschetirkin, *russ. Hofrath, etc., ueber die Augenkrankheit, welche in der kaiserl. Russ. Armee herrscht.* A. d. Russ. Kalisch. 1835.

(Sur l'ophthalmie, qui règne dans l'armée russe. Traduit en allemand du Russe.)

L'auteur commence par l'historique de l'ophthalmo-blennorrhée. Il dit (page 1) qu'on l'a observée depuis 1800 parmi les troupes de diverses armées. Il considère comme fausse la supposition que cette maladie nous ait été transmise, dans le commencement, de l'Egypte; il est prouvé aujourd'hui qu'elle peut prendre naissance partout où il y a des soldats. Les troupes russes en garnison à Varsovie ont été atteintes la première fois de cette ophthalmie épidémique en 1818; depuis le 1er juillet jusqu'au 21 octobre de cette année, 1106 individus en ont été atteints, dont 10 ont perdu la vue; le 10 août 1833, il y avait 934 ophthalmistes, dont 10 sont devenus aveugles, et à la fin de 1833 leur nombre s'élevait jusqu'à 8000. Depuis cette époque la maladie a continué de se montrer par-ci par-là.

Le reste de ce mémoire n'est qu'une répétition des idées émises par Graefe dans son ouvrage sur l'ophthalmo-blennorrhée.

K. G. Naumann, Dr. u. Regierungsrath, u. s. w., *von den krankheiten der Menschen.* Spezieller Theil, oder specielle Pathologie und Therapie. — I. Band. *Fieberhafte krankheiten*, xxiv u. 855 s. 8. — ii. Band. *Chronische krankheiten.* vii u. 884 s. — iii. Band. *Topische krankheiten der vegetations sphaere.* 1834. viii u. 684 s. — iv. Band. *Krankheiten der sensiblen sphaere.* 1834. xv u. 855 s.

(Les maladies de l'homme. Pathologie et thérapeutique spéciales. 1er volume : maladies fébriles. 2e volume : maladies chroniques. 3me volume : maladies locales des organes de la reproduction. 4me volume : maladies du système nerveux.)

Ouvrage distingué et riche tant en idées neuves et originales qu'en résultats pratiques. N'étant pas une compilation dénuée de critique, il s'appuie sur la base solide des recherches propres à l'auteur, de l'analyse et de l'application d'une longue expérience. Cet ouvrage forme la continuation d'un autre sur la pathologie générale publié en 1829, par le même auteur, et diffère de tous les autres manuels de pathologie spéciale en ce que les maladies dites chirurgicales s'y trouvent également traitées d'une manière assez complète.

Su i terapeutici effetti del freddo nel flogistiche malattie del petto; Memoria del dottor V. Campagnano, *medico dell' Ospedale centrale della R. Marina, letta nella tornata del* 27 *settembre* (1834) *dell' Accademia medico-chirurgica di Napoli.*

(*Sur les effets thérapeutiques du froid dans les maladies inflammatoires de la poitrine.* Mémoire de M. le doct. V. Campagnano, médecin de l'hôpital central de la marine, lu à l'Académie médico-chirurgicale de Naples.)

M. Campagnano cherche dans ce travail à combattre une opinion qu'il croit aussi fausse qu'invétérée et funeste pour les malades. Il a pour but de démontrer que le froid, en même temps qu'il est la cause la plus fréquente des maladies, est le remède le plus efficace pour les guérir. L'auteur étale une vaste érudition dans le but d'accumuler des preuves sur ce que les médecins anciens et modernes se sont servis dans le traitement des maladies de l'eau froide ou glacée, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, sous diverses formes et à divers degrés de température. Tandis qu'on a employé la méthode réfrigérante dans presque toutes les maladies, y comprises celles où l'application de froid a paru être dangereuse, l'auteur s'étonne de ne trouver nulle part qu'on ait tenté des expériences dans le but de constater les effets thérapeutiques du froid dans les phlegmasies thoraciques. L'auteur développe de fort bonnes raisons pour écarter toutes les objections qu'on pourrait faire à cette pratique et pour expliquer les heureux résultats qu'on obtient en employant le bain froid dans les maladies inflammatoires de la poitrine. Comme précaution essentielle, il recommande de ne pas exposer les parties du corps au contact de l'air pendant le bain et plus encore au sortir du bain. Il faut que la température du bain soit à peine inférieure à celle du corps du malade.

Parmi les observations rapportées par l'auteur pour corroborer l'opinion qu'il avance, trois se rapportent aux avantages obtenus de l'usage des boissons froides ou glacées; six autres observations viennent confirmer l'utilité des bains froids dans les phlegmasies aiguës et chroniques de la poitrine. A ces observations se trouvent jointes quelques réflexions du plus haut intérêt et il termine en émettant le vœu que l'Académie nomme dans son sein une commission, chargée d'examiner les expériences au lit des malades. Cette commission, composée de quatre professeurs distingués, a été effectivement nommée. Un cas fort remarquable de *guérison d'une péripneumonie*, opérée par M. Campagnano *à l'aide d'un bain froid* se trouve nouvellement rapportée dans

l'Osservatore medico. Le cas était en effet des plus graves, attendu que le septième jour de la maladie il se joignit aux autres symptômes le délire et que les narines commençaient à se couvrir d'un enduit fuligineux. Le malade qu'on croyait perdu, fut mis dans un bain d'une température plus basse que le médecin avait eu l'intention de l'ordonner. Après y être resté un quart-d'heure le malade se leva de lui-même du bain et se rendit à son lit. A la grande surprise de tous ceux qui en furent témoins, l'amélioration ne tarda pas de faire des progrès rapides et le 12me jour le malade touchait à l'époque de sa convalescence.

WALTHER, W. JAEGER, M. RADIUS, *J. Handwoerterbuch der gesammten chirurgie und augenheilkunde.* Leipzig, 1836. 1 Bd. 1. lief IV, u. 160 s.

(*Dictionnaire de chirurgie et d'ophthalmologie ;* par les professeurs WALTER (à Munic), JAEGER (à Erlangen) et RADIUS (à Leipsic). Leipsic. 1836. Vol. I, livre I.)

Ce dictionnaire, dont la première livraison vient de paraître, se distingue parmi les ouvrages du même genre en ce que trois sommités de l'Allemagne se sont chargées à elles seules de l'élaboration de tous les articles qui le composent. En en excluant toute autre collaboration, il est probable que ce dictionnaire présentera une uniformité de principes qu'on cherche envain dans les autres dictionnaires, dont les différens articles émanent de la plume des écrivains d'opinions souvent fort divergentes. Chacun des illustres auteurs s'est chargé des sujets dont il a fait une étude spéciale ; M. Jaeger fournira tous les articles qui ont rapport aux inflammations, aux maladies du système osseux, aux amputations, aux résections, à la syphilis ; M. Walther traitera une partie de la chirurgie médicale et opératoire, la matière médicale sous le point de vue chirurgical, l'acologie, les maladies de l'ouïe, etc. ; et M. Radius s'est chargé exclusivement des articles concernant les maladies des yeux. La première livraison contient les articles : *Abscessus,* par Walther; *Akiurgie, Acologie* et une partie de l'article *Amputatio* par Jaeger ; et *Amaurosis* par Radius.

Auserlesene heilformeln zum gebrauche fuer prakt. Aerzte und wundaerzte, mit beruecksichtigung der neuesten bereicherungen der arzneimittellehre; herausgeg. Von J. RADIUS. Leipzig, 1836. P. 22 et 642. 12mo.

(Formulaire à l'usage des médecins et des chirurgiens; augmenté de formules relatives aux découvertes modernes de la matière médicale ; publié par J. RADIUS.)

Ce formulaire se distingue tant par le soin que l'auteur a mis dans le choix des formules, que par sa beauté typographique. Il contient, en tout, 1833 formules, rangées d'après l'ordre alphabétique des médicamens, de sorte que sous le titre de chaque substance on trouve rassemblées les formules les plus importantes, sous lesquelles on peut l'administrer. L'auteur indique en outre, pour chaque remède les synonymes, l'origine, la formule les doses les plus convenables auxquelles on peut la donner, et toutes ses préparations usuelles ; c'est ainsi qu'on trouve resserré dans l'espace le plus étroit tout ce que le praticien peut désirer de savoir. A chaque formule se trouve joints son usage, les maladies pour lesquelles on l'emploie, et la citation du médecin et de l'ouvrage d'où elle a été empruntée. L'auteur n'a choisi que les formules qui se recommandent d'elles-mêmes par leur conformité au but et par leur composition, ou dont il a reconnu l'utilité dans sa propre pratique. Ce qui ajoute encore au mérite de cet ouvrage, c'est le soin particulier avec lequel les nouveaux médicamens y sont traités. C'est, en résumé, un vade mecum excellent pour le praticien, au lit des malades.

Mémoire sur une nouvelle manière de pratiquer l'opération de la pierre, ouvrage posthume de DUPUYTREN, orné de dix belles planches, avec cette épigraphe :

« Je lègue à MM. Sanson et Bégin,
» le soin de terminer et de publier un
» ouvrage déjà en partie imprimé, sur
» la taille de Celse, et d'y ajouter la
» description d'un moyen nouveau
» d'arrêter les hémorrhagies.
(*Testament de* DUPUYTREN.)

Paris, in-folio, 1836, chez J.-B. Baillière, et Londres, même maison. — Bruxelles, J.-B. Tircher, rue de l'Étuve.

Cette œuvre de Dupuytren, depuis si longtemps attendue, se distingue par des vues pratiques nobles et élevées que nous ne sommes pas habitués à rencontrer dans les écrits qui se publient de nos jours. Elle nous rappelle l'époque de la glorieuse académie de chirurgie et les ouvrages de Celse, de Guy de Chauliac, des Fabrice, de Paré, de Pott, de J.-L. Petit, de Sabatier, de Scarpa, etc., qui représentent si bien les beaux temps de la chirurgie pratique. Nous ne nous appésantirons pas sur le mérite de cette publication ; la grande réputation, si justement acquise, du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui, durant sa vie, tînt le sceptre de la chirurgie française, nous dispense de ce soin. Nous nous hâtons de faire connaître la distribution des matières qui composent ce travail.

Ce mémoire de Dupuytren est divisé en six parties ou sections principales, dans lesquelles sont traités successivement les objets suivans : 1° des dangers de l'opération de la taille et de leurs causes; 2° de quelques essais pour diminuer les dangers de l'opération de la taille ; 3° esquisse anatomique de la région postérieure du périnée; 4° description de l'opération; 5° appré-

ciation de la méthode sous le point de vue historique et pratique ; 6° résultats statistiques et observations.

Ces diverses parties sont traitées avec le talent qui caractérisait la haute perspicacité de Dupuytren ; les planches jointes au texte, fort bien dessinées, comme tout ce qui est dû au crayon de M. Jacob, sont d'une meilleure anatomie que les planches périnéales données jusqu'ici, et représentent avec détails les différens temps de l'opération.

Nous n'entreprendrons pas de faire l'analyse de ce mémoire, et nous avons pour cela de fort bonnes raisons : d'abord nous ne pourrions qu'imparfaitement reproduire dans l'espace qui nous est accordé, les principales idées de l'auteur ; et ensuite, malgré les efforts que nous pourrions faire, nous resterions bien au-dessous du sujet, vu la difficulté qu'il y a d'analyser les points les plus marquans d'un livre de la nature de celui que nous annonçons. Ce livre n'a pas besoin d'éloges ; le nom seul de Dupuytren le recommande assez à l'attention des praticiens. (M.)

Sur les hydropisies considérées par rapport à la suppression des fonctions de la peau et par rapport à l'urine coagulable ; par Jonathan Osborne (Sherwood et Comp.) (1).

La doctrine des hydropisies a éprouvé des nombreuses variations, suivant l'époque à laquelle appartenaient les auteurs qui s'occupaient de ces maladies. De nos jours, la cause la plus commune des hydropisies est assez généralement attribuée à des lésions des systèmes veineux et artériel plutôt qu'à un état pathologique du système lymphatique. Quelques pathologistes français ont cependant reconnu que toutes les espèces d'hydropisies ne pouvaient être rapportées à ces deux causes ; et M. Andral, par exemple, a admis des hydropisies par la disparition brusque d'une autre hydropisie, par la suppression de quelques sécrétions, par plusieurs variétés d'altérations du sang, etc.

Le docteur Osborne n'est entré dans aucun détail relatif à l'opinion des anciens et des modernes. Ses recherches ne remontent pas au-delà de Bright, et ce qu'il a à dire se rapporte principalement à une hydropisie particulière, l'*hydropisie rénale*, causée par la suppression de transpiration, et caractérisée par des urines coagulables.

La production de ces hydropisies se comprend de prime abord d'après les lois de solidarité et de balance des organes et des fonctions. Quand une sécrétion se supprime, une sécrétion analogue, et avec laquelle elle est en rapport, redouble d'activité. Cet exemple peut se remarquer tous les jours, par rapport à la transpiration et à l'émission de l'urine.

Ce qu'il y a d'important dans l'ouvrage du docteur Osborne, c'est qu'il montre la connexion presque constante de l'urine coagulable avec des reins malades, chez l'adulte. Il observe avec raison que l'état albumineux de l'urine dans l'enfant, ne détruit pas la valeur de ce signe chez l'homme fait. Il répond aux objections qu'on peut lui faire sur la sécrétion accidentelle d'urine coagulable, et arrive à cette conclusion, que dans trente-six sujets sur lesquels il a été à même de faire ses remarques, il a constamment retrouvé à l'autopsie l'altération des reins, lorsqu'il y avait sécrétion d'urine coagulable par la chaleur. Et pour les sujets chez lesquels on trouvait après la mort une maladie des reins, en recueillant une petite quantité d'urine, et l'exposant à la chaleur, il y avait coagulation.

Ainsi d'après Osborne, qui rapporte la première idée de ce symptôme à Bright, l'urine coagulable par la chaleur est un symptôme d'affection rénale. Ce qu'il y a de symptômatique étant accordé à Bright, reste à notre auteur le mérite d'avoir cherché à reconnaître avec quelle lésion de fonction cette maladie rénale pouvait coïncider. Il en reconnaît la cause dans la suppression de la transpiration cutanée, et il résulte de ses observations que toutes les fois que la transpiration arrive, soit spontanément, soit à la suite des médicamens, la terminaison de la maladie est favorable.

Sur les trente-six cas qui ont fait la base des observations du docteur Osborne, dans trente-deux, la maladie doit être attribuée à une suppression de transpiration.

La thérapeutique de cette affection causée par suppression de transpiration, découle naturellement de la connaissance de la cause qui la produit ; aussi un des premiers soins d'Osborne est de rétablir la transpiration, et il a guéri dès que la surface entière du corps a été couverte de transpiration. Le docteur Orborne désapprouve l'usage des diurétiques, qui ont rarement répondu à ce qu'il en attendait. Dans deux cas de diabètes, dès que la transpiration cutanée a été rétablie, la sécrétion urinaire est redevenue normale.

Le docteur Osborne termine ses deux mémoires en proposant de nommer la maladie dont il s'agit *anhydrose*, et il conclut que l'affection des reins n'est que secondaire, tandis que l'absence de sécrétion de la peau est la maladie primitive. Cet ouvrage mérite d'être lu, et les expériences doivent être faites sur une plus grande échelle.

---

(1) Nous empruntons cette analyse au premier numéro de la *Revue médico-chirurgicale anglaise*, publiée par M. Bureaud-Rioffrey, D. M. P. résidant à Londres.

Système complet de médecine légale, *également utile aux médecins, aux avocats, jurés, administrateurs, etc.;* par Vr. Trinquier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, membre de la Société royale de médecine de Bordeaux, de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, de la Société académique de la Loire-inférieure, section de médecine à Nantes, etc. — Tome premier. — Premier fascicule, in-4° de 100 pages de texte et 4 tableaux synoptiques sur papier grand raisin. — Paris, 1836, Germer Baillière, et Montpellier, Ls. Cassel, libraire éditeur, grand' rue, n° 29. Prix : 6 fr. 50 c.

Malgré les travaux remarquables qui ont été publiés depuis la fin du siècle dernier jusqu'à ce jour sur la médecine légale, et au nombre desquels les noms de Chaussier, de Fodéré et de M. Orfila doivent occuper le premier rang, malgré que cette branche importante de la médecine n'a cessé de se développer et de s'étendre et comme art et comme science, on n'était pas encore parvenu à en réunir les diverses parties, de manière à constituer un tout bien limité, un *ensemble scientifique*, qui liât toutes les connaissances médico-légales, quels que soient les emprunts qu'elles demandent aux autres sciences. Tous les efforts tentés dans ce but sont restés incomplets. Cette tâche difficile, M. Trinquier l'a entreprise dans le livre qu'il publie aujourd'hui ; il a non-seulement voulu être utile aux médecins, mais encore aux hommes de loi et aux autres personnes étrangères à la médecine.

L'ordre systématique adopté par l'auteur dans la distribution de son travail, nous a paru très-méthodique ; il est basé sur les âges de l'homme depuis le moment de la conception jusqu'à la naissance, depuis celle-ci jusqu'à la mort, et depuis la mort jusqu'à la dissolution du cadavre.

Voici l'indication sommaire de cette classification, qui est amplement développée dans un premier tableau synoptique.

Ire Partie. *Médecine judiciaire* (relative à l'exécution des lois, faits spéciaux où le médecin est expert ou témoin).

Première section. — 1° De la grossesse ; 2° de la parturition ; 3° mort du produit de la conception ; 4° du viol ; 5° des maladies simulées et dissimulées ; 6° du mariage.

Deuxième section. — Des blessures.

Troisième section. — 1° De l'empoisonnement ; 2° de l'asphyxie.

Quatrième section. — 1° Des folies ; 2° de la mort et de ses signes ; 3° tableau comparatif des différentes parties du squelette dans les différens âges, pour les deux sexes et les différentes races.

Cinquième section. — Lois, ordonnances, réglemens concernant la médecine, la pharmacie, la chirurgie, les eaux-minérales, les honoraires des gens de l'art, leur responsabilité, etc.

IIe Partie. *Médecine politique* (qui se rapporte à la confection des lois).

Première section. — De l'éducation dans ses rapports avec les institutions politiques.

Deuxième section. — Éducation de l'homme, depuis le moment de sa conception, jusqu'à l'âge de 8 à 10 ans.

Troisième section. — Éducation de l'homme, de 8 à 10 ans, jusqu'à 20 ou 25 ans.

Quatrième section. — Direction de l'homme, de 25 ans à la fin de sa vie.

Cinquième section. — Direction de l'homme infirme à tout âge de sa vie. — Maladies, principalement morales. — Crimes, perversion.

Tel est l'ensemble des connaissances médico-légales, auxquelles se rattachent des questions souvent trop divergentes, mais que l'auteur a su rassembler et qu'il se propose de traiter dans cet ouvrage ; on ne peut, à notre avis, présenter un tableau plus complet de cette science, et nous félicitons M. Trinquier de n'avoir pas reculé devant les difficultés nombreuses qu'il aura eu à surmonter pour réaliser son œuvre.

Pour la médecine judiciaire, les connaissances qui servent à l'éclaircissement d'une question de fait ou de droit, sont assez positives et assez connues pour être présentées en tables synoptiques.

C'est ce que l'auteur a fait, nous devons le dire, avec un soin admirable. Ces tables sont disposées de manière à satisfaire l'homme d'étude ou le médecin, et l'homme de loi, ou toute personne étrangère à la science : le corps de chaque tableau renferme l'analyse minutieuse des détails scientifiques, qui s'adressent aux premiers ; une colonne coloriée en bleu, placée sur la droite, contenant les conclusions rigoureuses des diverses questions, s'adresse particulièrement aux seconds. A chaque tableau sont annexés l'exposé des motifs, où sont les textes des lois, les faits et les explications théoriques.

Le fascicule que nous annonçons contient 1° une introduction où l'auteur expose l'ordre synthétique et les motifs de son tableau général de la science médico-légale; 2° le tableau de la grossesse ; 3° le tableau de l'accouchement ; et 4° le tableau intitulé : mort du produit de la conception. Le texte qui accompagne chaque tableau, renferme l'exposé des motifs et l'explication détaillée des diverses questions qui s'y rattachent. Toutes ces questions sont traitées avec lucidité et de main de maître. A en juger par la livraison que nous avons sous les yeux, nous prédisons à l'ouvrage de M. Trinquier le plus beau succès, et nous croyons devoir le recommander à l'attention de nos lecteurs comme l'œuvre consciencieuse d'un médecin qui a fait de la science médico-légale une étude spéciale et approfondie.

Nous reviendrons sur cette nouvelle production, qui nous paraît devoir faire époque dans la littérature médicale française, et bien propre à soutenir l'antique réputation de la Faculté de Montpellier, à laquelle l'auteur appartient, à l'occasion du deuxième fascicule que l'éditeur promet pour le mois de juin.

J.-R. Marinus, D. M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—

Bulletins de la Société anatomique de Paris ; rédigés par MM. Bell, Valleix, Cazalis, Denonvilliers, Maisonneuve, Marotte et Bérard. — Tome premier, 3e série, in-8° de 190 pages. (Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École de Médecine, n° 4).

Les Bulletins mensuels de la Société anatomique publiés d'abord dans la *Revue médicale*, et ensuite dans les *Archives de Médecine*, paraissent séparément depuis le mois de septembre 1835, par cahiers d'au moins deux feuilles d'impression. — Le prix est de 3 fr. par an pour les membres honoraires et correspondans, et de 4 fr. 50 c. par la poste. — Pour les étrangers de 5 fr., et de 6 fr. 50 c. par la poste.

Les numéros de mars et avril, qui commencent le tome deuxième sont, publiés.

Bulletin du cercle médical de Montpellier. (Numéro d'avril 1836). — Montpellier, Ls. Castel, libraire, grand rue, n° 29.

Ce cahier contient les articles suivans : 1° Discours sur l'association intellectuelle, prononcé à l'ouverture des travaux du cercle médical, en 1336 ; par M. *F. Ribes.* — 2° Fragment d'un mémoire sur la chute des corps ; par M. *Sylva.* — 3° Considérations anatomiques et physiologiques relatives au phénomène vocal, dit *voix soufflée,* dans la période algide du choléra asiatique ; par M. *Daugnac.* — 4° Analyse d'un mémoire intitulé : Observations recueillies au service des vénériens à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier ; considérations pratiques auxquelles elles ont donné lieu : par M. *Ducel.* — 5° Observation ; par M. *Levieux.* — 6° Fragmens d'un traité complet des maladies des voies urinaires chez l'homme ; par M. *J. J. Casenave.* — Rapport par M. *Vr. Trinquier.* — 7° Système complet de Médecine légale ; par M. *Vr. Trinquier.* — Rapport de M. *Damase Arbaud.*

Examen médico-légal des maladies simulées, dissimulées et imputées, (thèse du concours) ; par M. Ed. Tauffleb. — Strasbourg, 1835. in-4° de 74 pages.

Historique de la science sur ce point de médecine légale. — Indication des maladies simulées et des moyens propres à reconnaître la simulation. — Des maladies dissimulées. — Des maladies imputées.

Traité de thérapeutique et de matière médicale ; par A. Trousseau, agrégé à la Faculté de médecine de Paris et H. Pidoux, docteur en médecine.

Tome 1er, Paris, 1836, in-8° de 744 pages (Béchet jeune). Prix : 8 fr.

L'ouvrage sera complet en 2 volumes, divisés en 3 parties.

Traité complet du régime sanitaire des aliénés, ou Manuel des établissemens qui leur sont consacrés, avec des planches explicatives, exécutées sur le modèle des constructions que l'administration des hôpitaux a fait élever à la Salpêtrière, d'après les plans de M. Huvé ; par Scipion Pinel, médecin surveillant des aliénés de l'hospice de la Salpêtrière. — Paris, in-4°, de 334 pages et 3 grandes planches lithographiées. — Chez Mauprivez, libraire. Prix : 16 fr.

1° Emplacement, distribution, services. — 2° Personnel, direction, régime physique et moral. — 3° Jurisprudence des aliénés, de la folie vraie, passagère ou simulée, de la criminalité et de la déraison, interdiction, législation, causes de la folie.

Les facultés morales considérées sous le point de vue médical ; de leur influence sur les maladies nerveuses, les affections organiques, etc. ; par J. Moreau, docteur en médecine. — Paris, 1836, in-8°, de 160 pages. — Chez Just Rouvier et Le Bouvier. Prix : 3 fr.

Divisé en quatre chapitres : 1° Du système nerveux, sensibilité, tempérament, sexe, etc. — 2° Facultés affectives, leur influence sur l'économie, de l'amour, de l'espérance, etc. — 3° Des maladies déterminées par les affections de l'ame, affections nerveuses en général, épilepsie, hystérie, hypochondrie, etc. — 4° Affections qui attaquent tout un système organique à la fois, fièvres, maladies contagieuses, etc.

Recherches pratiques sur la thérapeutique de la syphilis, ouvrage fondé sur des observations recueillies dans le service et sous les yeux de M. Cullerier ; par Lucas Championnière, docteur en médecine. — Paris, 1836, in-8°, de 432 pages. Chez Germer Baillière. Prix : 6 fr.

Histoire abrégée des drogues simples, par N. J. B. Guibourt, professeur à l'École de pharmacie. — Troisième édition, Paris, 1836, chez Méquignon-Marvis, 2 vol. in-8°, ensemble 1488 pages. Prix : 17 fr.

Méthode curative externe des douleurs rhumatismales, goutteuses et nerveuses, et des maladies résultant d'une altération de la circulation lymphatique ; par C. J. B. Comet, docteur en médecine. — Paris, in-8° de 16 pages.

Histoire anatomique et physiologique d'un organe de nature vasculaire, découvert dans les cétacés ; suivie de quelques considérations sur la respiration de ces animaux, et des amphibies ; par G. Breschet, membre de l'Institut. — Paris, 1836, in-4° de 88 pages et 4 planches, chez Béchet jeune. Prix : 6 fr.

Avis aux auteurs ou éditeurs d'ouvrages.

—

Les Auteurs ou Éditeurs qui voudront faire annoncer et analyser leurs ouvrages, sont invités à en transmettre deux exemplaires, et un seul pour l'étranger, (*franc de port jusqu'à destination*), au bureau du journal, à l'adresse de M. le docteur Marinus, rédacteur en chef, où doivent également parvenir toutes les pièces concernant la rédaction.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 26 mars.

L'Académie entend successivement plusieurs rapports. Le premier, lu par M. Maingault, a pour sujet un mémoire de M. Faure, sur la saignée dans les maladies graves, et *l'irrigation d'eau froide dans la bouche*, contre les accidens nerveux. — M. Honoré lit le second, sur un ouvrage de M. Lesage, médecin à Vierzon (Cher), ouvrage manuscrit, intitulé : *Oracle de Cos, ou Code de la médecine naturelle hippocratique.* M. Honoré vote des remerciemens à l'auteur, et son inscription au rang des candidats pour les places de membres correspondans. Adopté. — M. Gimelle lit le troisième, sur une invention de nouveaux crochets propres à maintenir les lèvres de l'incision dans la trachéotomie. — Enfin M. Guéneau de Mussy fait un rapport verbal sur une observation intéressante de *paraplégie*, communiquée par le docteur Monte-Santo, de Padoue.

Paraplégie. — Dominique Valetto, âgé de 20 ans, condamné pour crime, en 1819, et reclus dans une prison, fut atteint d'une myélite aiguë, traitée avec énergie par les antiphlogistiques. Les accidens inflammatoires disparurent, mais il resta une paraplégie complète avec perte absolue du sentiment et du mouvement. Les évacuations alvines supprimées, des vomissemens se déclarèrent cinq ou six heures après le repas, et rejettaient la plus grande partie des alimens solides et liquides ingérés. Bientôt les matières vomies prirent de temps à autre le caractère stercoral. Cet état dura jusqu'en 1828 (dix ans), époque où les vomissemens devinrent progressivement plus rares, et enfin cessèrent tout à fait. Alors Valetto devint sujet à des congestions sanguines assez graves pour exiger de prompts secours. Dans l'espace de trois ans, plus de soixante saignées furent pratiquées. En 1832, un mieux sensible se manifesta. Valetto, d'ailleurs présentait cela de singulier, que par choix il ne faisait usage que des alimens les plus grossiers. Le bouillon et les viandes bouillies ne pouvaient être supportées. Le vin était également un objet de profond dégoût. L'eau seule pure était bue avec plaisir, et, chose remarquable, l'eau-de-vie était particulièrement appétée, de sorte que Valetto n'en avait jamais assez de la quantité qu'on lui accordait. Telles étaient les choses, quand, en 1833 (27 mars), une fièvre intense se déclara avec cardialgie, douleur vive à l'épigastre et vers la partie inférieure de la région dorsale de l'épine ; un vomissement stercoral, le premier, depuis trois ans, apporta un soulagement instantané. Transféré sur ces entrefaites dans une autre prison, tous les accidens s'aggravèrent. Les douleurs dans les points indiqués reparurent, et les saignées répétées n'apportèrent que de faibles amendemens. Plusieurs mois s'écoulèrent au milieu de ces souffrances. La fièvre devint hectique. Des pulsations se faisaient sentir au niveau des vertèbres douloureuses. Efforts continuels et souvent inutiles pour vomir ; mouvemens convulsifs des membres supérieurs, surtout dans le bras droit ; prostration de plus en plus marquée qui faisait craindre à chaque instant une fin prochaine. Cependant Valetto ne mourut qu'en novembre 1834. Dans les derniers momens, des matières stercorales sortaient sans efforts de la bouche, et des gaz s'échappaient incessamment de l'anus. — A l'autopsie, on a trouvé l'estomac très-dilaté, contenant des matières bilieuses, mais sain d'ailleurs ; le foie adhérent au diaphragme ; vésicule pleine de calculs et vide de bile ; les intestins très-rétrécis, parsemés de plaques rouges à l'extérieur comme à l'intérieur. La vessie urinaire était fortement contractée, épaissie, et ne contenait que quelques gouttes d'une urine trouble. Le canal vertébral était rempli de sérosité sanguinolente ; les vaisseaux de la pie-mère injectés depuis la troisième vertèbre dorsale jusqu'à la queue de cheval. Dans la même étendue, la moelle avait une consistance notablement plus considérable que dans l'état normal, et offrait une teinte rosée qui, examinée au microscope, était due manifestement à une injection très-fine et très-dense. Les lobes du cerveau présentaient sur leurs parties latérales une consistance et un développement extraordinaires ; le cervelet petit et mou.

—La séance est terminée par la lecture d'un mémoire de M. Bouvier, sur les tractions perpendiculaires dans le traitement des déviations du rachis. Commissaires, MM. Villeneuve, Desportes, Amussat.

Séance du 29.

Continuation du scrutin pour l'élection des membres parmi lesquels doivent être tirés au sort les juges du concours d'anatomie de la Faculté. Six membres restaient à élire. Le scrutin désigne successivement MM. Cornac, Ollivier, Renauldin, Gérardin, Amussat, Gimelle. —M. le président procède au tirage de quatre juges et d'un suppléant. Les quatre juges appelés sont MM. Ribes, Magendie, Baron, Gimelle ; suppléant, M. Cornac.

Séance du 5 avril.

Vaccine. — La correspondance comprend plusieurs lettres, notamment une lettre du préfet de la Corse qui annonce la nomination qu'il a faite de cinquante-cinq médecins cantonnaux pour la vaccination gratuite des indigens, et qui demande du vaccin et des instructions

pour la formation d'un comité dépositaire qui n'existe point en Corse. — M. Lemasurier de Versailles adresse aussi quelques détails sur une épidémie de variole qui a régné cet hiver dans cette ville, et qui n'a point épargné plusieurs sujets vaccinés. Toutefois un seul a été gravement malade, mais a guéri. A cette occasion, grand nombre de revaccinations ont été pratiquées. Sur 10 personnes au-dessus de 20 ans, 3 ont été revaccinées avec succès, et l'inoculation du fluide fourni par les boutons a communiqué le vrai vaccin. D'un autre côté, sur 163 élèves du collége Royal, 12 à 15 seulement ont présenté, après la revaccination, des boutons de vraie vaccine. Pareil nombre a offert une éruption douteuse. La plupart n'ont eu qu'une fausse vaccine. Très-peu n'ont rien éprouvé de l'inoculation.—M. Bousquet annonce la découverte du cow-pox à Passy.

Ligature de l'artère poplitée. Mémoire de M. Marchal. Rapport de M. Gimelle. — M. le rapporteur établit tout d'abord, qu'aujourd'hui la ligature de l'artère poplitée est généralement abandonnée des praticiens, pour être remplacée par la ligature de la crurale, soit qu'il s'agisse de l'anévrysme de cette artère ou de celui des artères jambières, et même dans le cas de lésions traumatiques, à moins qu'on ne puisse mettre la plaie du vaisseau à nu, de manière à lier les deux bouts. Le nombre considérable des branches fournies par la poplitée, son voisinage du genou, le danger qu'entraînent les mouvemens du membre relativement à la rupture des parois vasculaires avant la formation complète du caillot, tels sont, outre les lésions propres à l'artère dans le cas d'anévrysme, les motifs de cette détermination des chirurgiens. Le procédé de M. Marchal ne remédie en rien à ces inconvéniens de la ligature de la poplitée; de plus, vu l'épaisseur des parties à diviser, il présente des difficultés que n'a point le procédé ordinaire par la simple incision sur la ligne médiane. — M. Gimelle n'en vote pas moins des remerciemens à M. Marchal et le dépôt aux archives. — M. Velpeau ne partage point l'opinion de la commission sur le procédé de M. Marchal : il le regarde comme le plus facile et le plus sûr. Il pense aussi que la ligature de la poplitée peut être avantageuse dans le cas d'anévrysmes des artères jambières.—M. Gimelle, qui a expérimenté sur le cadavre, persiste dans ses conclusions. Adopté.

Luxations de l'extrémité inférieure du cubitus; par M. Valleteau, chirurgien-major au 63e de ligne. — Rapport de M. Espiaud. — M. Valleteau a eu l'occasion de recueillir trois observations de ce genre de luxation. La première a trait à un enfant âgé de 12 à 13 ans, enfant de troupe, qui, en tombant de dessus une voiture, s'est trouvé l'avant-bras engagé entre les rayons des roues. Les parties molles des environs du poignet furent déchirées, la petite tête du cubitus sortait de 28 lignes par la plaie, croisant le radius à la face palmaire. Pour réduire, M. Valleteau fut obligé d'agrandir la plaie de deux pouces. Alors un aide soutenant l'avant-bras, il saisit son extrémité inférieure avec les deux mains; les pouces sur les os, ceux-ci furent écartés, et le mouvement de supination brusque qui en résulta amena immédiatement la réduction. L'appareil de contention consista dans l'application de deux compresses graduées, l'une sur la face palmaire du cubitus, l'autre sur la face dorsale du radius, le tout soutenu par des compresses longuettes et un bandage roulé imbibé d'un mélange de blancs-d'œufs, d'eau-de-vie camphrée et d'eau blanche. Le membre fut placé sur une longue palette avec une attelle cubitale, et tenu dans la pronation. Le 42e jour l'appareil fut levé, la plaie était cicatrisée, mais l'articulation parut comme soudée. En huit mois, des applications émollientes et des exercices ménagés ont ramené l'usage de la main. — La seconde observation est celle d'un canonnier qui tomba de cheval et sur l'avant-bras droit duquel passa la roue de l'avant-train d'une pièce d'artillerie. La luxation du cubitus qui en fut la suite fut réduite d'après le procédé qui vient d'être indiqué. Le 39e jour la guérison était complète et sans difformité, mais l'articulation d'une immobilité absolue. Ce n'est encore que huit à neuf mois après, que ce militaire recouvra l'usage de sa main.—La troisième observation a de nouveau pour sujet un jeune enfant de 10 à 11 ans qui se luxa le cubitus en tombant d'une hauteur de 12 pieds. Ce n'est que 15 jours après que M. Valleteau fut consulté. On constatait alors sur le dos du poignet une tumeur osseuse de la grosseur d'une aveline; la tête du cubitus croisait la direction de la face dorsale du radius. L'inflammation préalablement combattue, il fut procédé à la réduction comme ci-dessus. Le reste du traitement fut encore le même. Le 24e jour, à la levée du bandage, l'enfant était bien guéri, mais le mouvement du poignet ne fut encore rétabli qu'à la longue. — La commission aurait désiré plus de détails dans les observations de M. Valleteau, elle n'en propose pas moins de lui adresser des remerciemens, et le dépôt de son travail aux archives. Adopté.

— M. Espiaud fait un second rapport verbal sur quatre brochures de M. Maceroni, médecin à Rome. La première est un mémoire lu à l'Académie de Lynx, le 13 septembre 1831, *sur les moyens de rémédier à la mortalité des enfans déposés dans l'hospice des Orphelins à Rome.* La mortalité à cette époque avait toujours été de 70 sur 100 par mois. M. Maceroni rattache d'abord ce fait à un système général de la nature qui ne permet pas que la plus grande partie des êtres créés arrive à maturité. Mais ensuite il s'en prend principalement à la mauvaise disposition, et surtout à la mauvaise administration de l'établissement où étaient reçus les enfans. Dans une salle étroite, de 85 palmes romaines de long sur 35 de large, se trouvaient 68 enfans, 19 nourrices. Vingt et quelques crèches devaient les contenir tous. Ils y étaient accumulés six dans chaque. Les enfans sains gissaient près des malades. La malpropreté était extrême, ainsi que le désordre qu'augmentaient encore des cris déchirans et l'absence de toute espèce de soins. — M. Maceroni se hâta de signaler l'urgence de l'agrandissement de l'hospice, et d'un choix sévère de nourrices. Il insista sur la séparation des enfans sains et l'isolement des enfans malades at-

teints d'affections contagieuses. Il proposa enfin de faire élever au-dehors une grande partie des enfans, et surtout de préposer à l'établissement un médecin permanent et une surveillante responsable. M. Maceroni repousse des salles des enfans nouveau-nés et des nourrices, les fumigations nitriques et le chlore. Il préfère le renouvellement de l'air atmosphérique plus ou moins répété. Il proscrit sévèrement les narcotiques pour calmer les cris des enfans, puis il aborde la question importante de l'utilité des hospices d'enfans trouvés. A partir de 1640 jusqu'en 1745, il régna à l'hospice de Paris une mortalité épouvantable. A Perpiguan, sur 100 enfans reçus dans l'établissement, à peine 12 ou 15 arrivaient à 5 ans. Enfin dans la capitale de l'Allemagne, dans l'espace de 40 ans, un seul enfant à l'hospice des Orphelins put arriver à l'âge viril. D'après les calculs de Girtanner, cet homme a coûté à l'état 20,000 thalers par an. — Si M. Maceroni ne conclut pas à l'abolition de ces établissemens, il réclame du moins des changemens complets.— La seconde brochure traite de *la polysarcie*. M. Maceroni s'en rapporte, pour combattre la polysarcie, au régime plus qu'à toute espèce de médicamens. Il blâme surtout l'usage du vinaigre, qui a causé la mort de la sœur d'un avocat célèbre de Naples. Il cite un fait qui tend à prouver en faveur de l'usage des savonneux et de la digitale. Le troisième mémoire est intitulé : *Observations médico-légales sur une manie et une épilepsie simulées.* La quatrième a pour sujet une fièvre grave guérie par l'huile de *croton tiglium.* — Remerciemens à l'auteur. Inscription parmi les candidats aux places de membres correspondans.

Séance du 12 *avril.*

Découverte du cow-pox à Passy. — M. Bousquet communique à l'Académie les détails de cette découverte. C'est une vache venue de Mantes qui l'a fourni. La femme Fleury à qui elle appartenait, s'aperçut en la trayant que, l'un des pis présentait un gros bouton. Bientôt cette femme découvrit que des boutons semblables s'étaient développés sur ses mains à l'endroit où elles étaient gercées. Un bouton avait également paru à la figure. Craignant le charbon, la femme Fleury fut à Chaillot consulter le docteur Perdreau, qui, ayant reconnu le cow-pox, l'adressa à M. Nauche qui la renvoya à M. Bousquet. M. Bousquet se hâta d'inoculer le pus des boutons de cette femme à plusieurs enfans. Chez les uns, ce pus seul servit à l'inoculation; chez d'autres, l'ancien virus vaccin fut comparativement et simultanément employé. La commission de vaccine a suivi l'expérience. Le bouton de la vache était à l'époque de la dessiccation. La femme Fleury devait recueillir avec soin les croûtes, elle n'en a rien fait, de sorte que cette source première est perdue.

M. Rochoux appelle avant tout l'attention sur la question qui doit dominer ici, et de la solution de laquelle relève toute l'importance qu'on doit définitivement accorder à ces recherches. — Le vaccin de Jenner est-il affaibli par ses nombreuses transmissions? Est-il urgent de le renouveler? Il y a trente ans que ce virus est en pratique. En supposant qu'il ne soit recueilli que le 9e jour après l'inoculation, cela fait, terme moyen, 12 à 1400 transmissions qu'il a subies jusqu'à nos jours. Il n'a donc éprouvé aucune altération ni n'a diminué de puissance. — Sur une réflexion de M. Capuron, M. Bousquet indique que la cicatrice laissée par le cow-pox sur le pis de la vache, était peu marquée, et que rien ne peut être encore prévu sous ce rapport chez les enfans inoculés, le vaccin n'ayant pas encore parcouru sur eux toutes ses périodes. — M. Moreau regrette que les croûtes de cow-pox soient perdues. Toutefois, dit l'honorable membre, le point le plus essentiel n'est pas là. Il faut surtout examiner et bien préciser si les pustules dues au nouveau vaccin sont identiques aux pustules de l'ancien, ou si elles en diffèrent. Depuis la publicité de la découverte du cow-pox, de tous côtés M. Moreau reçoit des lettres qui lui demandent du nouveau vaccin, l'ancien étant repoussé comme inférieur. C'est à l'académie à prévenir ce que cette opinion pourrait avoir de fâcheux relativement à la sécurité des populations.—M. Bousquet n'a pas négligé cette expérimentation : sur deux enfans inoculés par les deux vaccins à la fois, il a pu constater que les boutons dus au nouveau, étaient supérieurs en développement à ceux dus à l'ancien. Mais sur tous les autres enfans inoculés par le nouveau vaccin seul, les boutons n'offrent aucune différence avec l'ancien. — M. Moreau fait ressortir que le volume des boutons n'a aucune valeur. D'ailleurs, ajoute-t-il, on obtiendra ce développement en vaccinant avec le virus recueilli plutôt qu'on ne le fait habituellement. J'ai l'habitude, dit M. Moreau, de ne pas attendre le huitième ou neuvième jour pour prendre le vaccin que j'inocule. Recueilli au sixième jour, le fluide a bien plus d'énergie et pousse des boutons beaucoup plus gros. Un seul fait ne prouve d'ailleurs rien. Même chose était arrivé quand on essaya le cow-pox envoyé d'Angleterre par M. Talleyrand à M. Bourdois de la Motte ; dans une première expérience, les boutons qui succédèrent à l'inoculation, parurent très-volumineux ; dans une seconde, ils n'offrirent plus qu'une grosseur ordinaire. Peut-être la constitution atmosphérique, l'idiosyncrasie des sujets, etc., sont-elles pour beaucoup dans ces accidens de la vaccination? M. Bousquet repousse pour le cas actuel ces dernières explications. Il est évident que les circonstances étaient absolument les mêmes ici pour les deux vaccins. M. Emery n'admet en aucune manière l'affaiblissement de l'ancien vaccin. Il se fonde, tant sur l'attestation de tous les vaccinateurs, que sur son expérience propre. Dans son service à Saint-Louis, il a été reçu de 10 à 1200 varioleux au milieu d'individus vaccinés dont le nombre peut bien s'élever à 12 ou 14,000. M. Emery n'a pas constaté un seul cas de contagion chez ces derniers. Un argument est encore fourni par M. Emery. Si l'ancien vaccin était altéré, c'est surtout sur les sujets vaccinés les derniers, que la contagion variolique devrait avoir le plus de prise. Les faits sont entièrement contraires à cette supposition cependant toute rationnelle. M. Emery aborde ensuite

la découverte du cow-pox. Il fait observer que rien ne prouve encore qu'il soit préservatif, bien loin qu'on puisse lui donner une supériorité marquée sur l'ancien vaccin. Il y a tout au plus des présomptions permises jusqu'à nouvel ordre en faveur d'une action égale. Déjà, d'ailleurs, on a tant de fois annoncé le cow-pox, et proclamé hâtivement des succès que les expériences subséquentes ont démentis, qu'il importe beaucoup de se tenir encore sur ses gardes.

M. Cornac, qui a suivi les expériences récentes, approuve beaucoup cette réserve. Sur la proposition de l'honorable membre, MM. Husson, Moreau et Bousquet sont adjoints à la commission chargée de les poursuivre.

Séance du 19 avril.

La correspondance comprend plusieurs communications.

1° Observation de M. Baudelocque relative à une hémorrhagie utérine arrêtée par la compression de l'aorte abdominale exercée pendant une heure environ.

2° Lettre de M. J. Guérin, sur une nouvelle méthode de traiter les pieds-bots. (*Voyez* Académie des Sciences).

3° Lettre de M. Coze, de Saint-Omer, qui annonce à l'Académie l'envoi que fait ce médecin d'une pièce d'anatomie pathologique, qui consiste en une *concrétion osseuse développée autour du col de l'utérus,* et qui a été éliminée par une couche nouvelle sous-jacente, encore actuellement adhérente, dont la malade a cependant détaché plusieurs fragmens.

4° Réclamation de M. Humbert, de Morley, relativement à la méthode sygmoïde pour le redressement de la taille, qu'il dispute à M. J. Guérin. — La correspondance épuisée, l'Académie entend un rapport de M. Louis, sur un mémoire de M. Bessière, de Marseille, sur la *phthisie laryngée.* Malgré la trop grande brièveté avec laquelle ce sujet a été traité, et quelques propositions hasardées, la commission propose le dépôt aux archives, et des remerciemens à l'auteur. (Adopté).

M. Martin Solon lit ensuite, au nom de la commission des remèdes secrets, plusieurs rapports sur des arcanes médicamenteux qu'il repousse successivement de l'application du décret de 1810. La séance est terminée par M. Rochoux, qui lit un mémoire sur *les causes de l'apoplexie* et *sur la phrénologie.*

(*Archiv. de Méd.*)

ACADEMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 18 avril.

Prétendu fœtus vomi par un enfant. M. Geoffroy-Saint-Hilaire qui, dans de précédentes séances, avait fait diverses communications sur le fait de Syra, avait annoncé l'intention de disséquer la pièce envoyée par les médecins de ce lieu. C'était la dernière vérification pour l'exactitude d'un fait très-étrange sans doute, mais dont une enquête sévère semblait, jusqu'à un certain point, garantir l'authenticité. Cette dernière épreuve donne un résultat tout différent, et semble indiquer une imposture. Cependant les recherches qu'a faites M. Geoffroy, sur les faits qui semblaient se rattacher à celui-là, lui ont fourni la matière d'un nouveau travail qu'il présentera prochainement.

Emploi de la kréosote en vapeur dans la phthisie pulmonaire. — M. le docteur Junod adresse sur ce sujet la lettre suivante :

« Depuis longtemps les médecins ont observé que certaines phthisies pulmonaires ont été guéries ou avantageusement modifiées par l'action du goudron réduit à l'état de vapeur, et introduit dans les poumons par l'acte même de la respiration. Il est assez probable que c'est à cette propriété particulière qu'on doit attribuer la rareté des phthisies dans les ports de mer, et l'amélioration de leur état par des voyages sur mer. On sait que dans ces deux circonstances l'air respiré contient une assez grande proportion de goudron réduit à l'état de vapeurs.

» Plusieurs praticiens, frappés de ces différentes observations, ont eu l'idée d'administrer la vapeur du goudron elle-même ; mais ils n'ont jusqu'à présent rien imaginé de plus commode que de faire chauffer, à l'aide d'une lampe à esprit-de-vin, un vase de fer contenant ce médicament. Cet appareil, quelque simple qu'il paraisse, est cependant loin de remplir toutes les conditions désirables ; et quand il ne présenterait que la difficulté et même l'impossibilité de fournir des vapeurs de goudron d'une manière continue et cependant assez rare pour s'accommoder aux exigences de certaines irritabilités thoraciques, il suffirait de cette impuissance de sa part pour justifier les recherches que j'ai faites dans l'intérêt d'une classe nombreuse de malades, qui trouveront dans le procédé que je propose des avantages que chacun pourra facilement concevoir.

» Ce moyen, extrêmement simple, consiste dans un petit flacon bouché à l'émeril, contenant de la kréosote, et qu'il suffit au malade de garder près de son lit. L'odeur qui s'en exhale, même sans ôter le bouchon, est assez forte pour remplir les intentions du médecin dans le cas où il faut ménager l'irritabilité des poumons ; et lorsqu'il voudra augmenter l'intensité de cette vapeur, il suffira d'augmenter progressivement la dose de kréosote, en ouvrant de temps en temps ce petit flacon, et même en répandant une ou plusieurs gouttes de kréosote sur un petit morceau de linge qu'on pourra laisser autant qu'il sera nécessaire auprès du malade. On aura tous les moyens de graduer l'action d'une substance dont on proportionnera à volonté la dose d'après les effets.

» Les résultats que j'ai obtenus par ce moyen me paraissent assez importans. Je n'ai pas cru devoir attendre la terminaison d'un travail que j'ai commencé sur cet objet pour faire connaître aux médecins ce nouvel emploi d'une substance qui peut ainsi rendre de grands

services dans le traitement d'une maladie aussi grave que la phthisie pulmonaire. »

Orthopédie. Traitement des pieds-bots. — M. J. Guérin adresse une lettre sur une *nouvelle méthode de traiter les pieds-bots chez les enfans.* — Cette méthode consiste, dit l'auteur, dans l'emploi du plâtre coulé en remplacement de toute autre espèce d'appareil contentif Les membres qui sont le siége de la difformité, ayant été préalablement enduits d'un corps gras et recouverts d'une bande de flanelle roulée, sont assujettis et suspendus sur des fils transversaux dans une gouttière en bois. Je soumets ensuite les pieds à des tirages latéraux directement opposés, qui ont pour but et pour résultat de produire une torsion et un renversement dans un sens contraire à la torsion et au renversement existans. Je coule ensuite du plâtre autour du membre, qui est maintenu fixement jusqu'à ce que le plâtre se soit solidifié. Aussitôt que celui-ci est passé à l'état de solidification complète, j'enlève le membre de la gouttière, et je dégrossis l'enveloppe avec un couteau, de manière à ne laisser qu'une écorce de trois à quatre lignes de plâtre autour de la jambe et du pied. Ce pansement est renouvelé une fois tous les huit jours.

J'ai soumis plusieurs enfans à cette méthode de traitement ; je me borne à rendre compte des résultats obtenus chez deux enfans jumeaux présentés avant le traitement à MM. les membres de la commission des prix Monthyon. Ces deux sujets, âgés de 5 mois, offraient chacun un double pied-bot varus équin. Les pieds droits surtout étaient extrêmement difformes. La face plantaire était perpendiculaire à l'horizon, et la face dorsale complétement tournée en dehors ; je n'ai soumis au traitement par le plâtre que les deux difformités exagérées. Après sept applications du plâtre coulé, renouvelées à sept jours de distance, les pieds avaient repris leur conformation normale. J'ai laissé six jours les pieds sans appareil pour m'assurer qu'ils ne perdaient rien de leur bonne conformation, et aujourd'hui MM. les membres de la commission ont pu s'assurer qu'ils n'offraient plus aucune tendance au retour de la difformité.

Je me borne, M. le président, à l'énoncé pratique de cette nouvelle méthode, me proposant d'en développer les avantages dans un mémoire que je présenterai prochainement à l'Académie. Il me suffira de faire remarquer aujourd'hui que j'ai produit, après cinquante jours de traitement, et sans le moindre inconvénient, des guérisons que, de l'aveu des auteurs, on n'avait que très-imparfaitement obtenues après un an et plus de traitement par les autres méthodes.

Orthopédie. — M. Humbert réclame la priorité d'invention et d'application pour la méthode qui consiste à traiter les difformités de la colonne vertébrale par des pressions exercées perpendiculairement à cette colonne, au lieu d'employer l'alongement, comme l'ont fait la plupart des orthopédistes.

(*Archiv. de Méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 avril.

Présidence de M. le baron Bubois.

M. Puzin communique le fait curieux d'un homme atteint d'aliénation mentale, et qui parfois avait des momens lucides, pendant lesquels il prétendait avoir une boule d'eau dans le cerveau. Ce malade était tantôt furieux, tantôt assoupi. A l'autopsie, on trouva dans le cerveau un épanchement de sérosité évalué à vingt onces. La substance corticale de cet organe était piquetée, et l'arachnoïde opaque et épaissie.

M. Nauche rapporte aussi deux observations d'aliénation mentale survenue à la suite d'affections morales intenses, et qui ont cédé à un traitement antiphlegmasique actif. Ce confrère a présenté ensuite des considérations sur cette affection ; il pense qu'elle tient a une lésion physique, à l'excitation, à l'affaiblissement ou bien à une altération spécifique du cerveau, bornée par fois à son tissu intellecteur, c'est-à-dire à celui qui sert à l'intelligence.

Tout le traitement, dans cette aliénation, doit avoir pour objet de faire cesser, lorsqu'il y a possibilité, les lésions du tissu intellecteur qui la déterminent.

— M. Tauchon communique les expériences qu'il a faites pour prouver que les ligamens larges et les ligamens ronds de l'utérus ne sont pour rien dans le prolapsus ou descente de cet organe, contradictoirement à l'opinion commune. Il a successivement coupé sur le cadavre tous les ligamens en même temps qu'il tirait sur le museau de tanche avec une pince à érigne sans pouvoir produire le déplacement en question ; il a même enlevé tout le péritoine qui tapisse le bassin sans rendre le déplacement plus facile.

Notre confrère pense que les ligamens larges sont des replis péritonéaux mis en réserve pour recouvrir la matrice quand elle est développée par le produit de la conception. Quant aux ligamens ronds, leur direction, leur laxité ordinaire ne permettent pas de présumer qu'ils sont destinés à retenir l'utérus en place, mais bien plus à empêcher que l'utérusdéveloppé par le produit de la conception ne comprime l'aorte ventrale, la veine-cave ascendante et ne gêne par là la circulation. Il croit que les prolapsus de l'utérus, qui sont plus fréquens chez les femmes qui ont eu des enfans, doivent être attribués d'une part à l'ampleur du vagin, et de l'autre au tiraillement du tissu cellulaire qui entoure ce conduit et l'unit aux parties voisines.

M. Guersant dit que la difficulté qu'on éprouve à abaisser l'utérus lorsque la cavité abdominale se trouve lacérée par les autopsies et que les ligamens de cet organe sont coupés, tendrait à fortifier l'opinion de M. Tauchon.

Pour extrait conforme,

Le secrétaire annuel,
Duhamel, D.-M.
(*Lancette.*)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Séance du 5 avril.

Après la lecture de la correspondance, le secrétaire présente de la part de M. le docteur *Cutler*, ex-officier de santé dans l'armée belge, un exemplaire d'un ouvrage ayant pour titre : *The surgeon's practical guide in Dressing and in the Methodie adplication of Bandages*, et demande pour l'auteur le titre de membre correspondant.

Commissaires rapporteurs : MM. Lebeau, Van Mons et Sentin.

M. Van Mons, au nom de M. Verdeyen, lit un rapport sur un ouvrage présenté par M. *Berton*, docteur en médecine, à Paris, et intitulé : *Recherches sur l'hydrocéphale aiguë, et sur une variété particulière de pneumonie et sur la dégénérescence tuberculeuse.* — M. Berton est ensuite élu membre correspondant.

La Société de médecine de Gand fait hommage du premier volume de ses mémoires, et envoie le Bulletin de ses séances.

Séance du 3 mai.

M. Marinus, au nom de M. Bauwens, lit un rapport sur un mémoire présenté par M. Van Mons sur la *fièvre intermittente* et demande l'impression du mémoire dans les Annales de la Société. Adopté.

M. Leroy donne lecture de deux notices, dont l'une est relative à la *conservation des pois d'iris*, et l'autre a pour titre : *Modification dans la préparation des iodures de fer et de zinc.* MM. Vautilborght, Bauwens et Marinus sont chargés de faire un rapport sur ces travaux.

La Société reçoit le dernier Bulletin de la Société de médecine de Gand.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Séance du 2 février.

M. le docteur Van Ooteghem lit une observation de *maladie pédiculaire*, guérie par le deuto-chlorure de mercure.

M. Lutens jeune fait un rapport sur un travail de M. Gouzée, médecin principal, à Anvers, intitulé : *Réflexions sur l'emploi du chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes.*

M. le docteur Denobele communique une *Note sur l'emploi du baume de copahu dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.*

Séance du 1er mars.

M. Lutens jeune présente à l'assemblée un militaire sur lequel il a pratiqué avec succès l'opération de la pupille artificielle dans un cas de cécité complète suite de l'ophthalmie purulente, et donne des détails sur la maladie et sur le procédé opératoire qui a été suivi.

M. Van Coetsem lit une observation de *phlegmasie abdominale suivie de gangrène de l'utérus, de perforations de l'intestin grêle*, etc. — Renvoi à une commission composée de MM. De Cock, Leclercq et Lutens jeune.

Séance du 5 avril.

M. le docteur Pharazyn d'Oudenbourg, communique une observation de *jaunisse guérie par l'application d'une tanche* (poisson de rivière) sur l'hypocondre droit.

M. Waldack, docteur en médecine à Eccloo, adresse à la Société un mémoire intitulé : *Note sur une maladie qui règne actuellement dans le district d'Eccloo.*

Il est donné lecture d'un mémoire de M. le docteur Van Coetsem traitant de la *pneumonie produite par la poussière de coton.* — Commissaires MM. De Cock, Mestagh et Van Ooteghem.

(*Extr. du Bulletin de la Société de médecine de Gand.*)

PROGRAMME DE LA PREMIÈRE SESSION DU CONGRÈS SCIENTIFIQUE, *qui s'ouvrira à Liége, le 1er août* 1836.

SCIENCES MÉDICALES.

Secrétaires : MM. LOMBARD, professeur à l'université; MALAISE, secrétaire de la Société homœopathique; VOTTEM, professeur à l'université.

1re *Question.*

Les faits en apparence contradictoires récemment fournis par l'inspection du crâne de quelques suppliciés sont-ils de nature à pouvoir infirmer les principes fondamentaux ou à ébranler les bases de la *phrénologie?*

2e *Question.*

La *crânologie* ou l'art d'indiquer *à priori* les facultés intellectuelles et les penchans de chacun par l'examen extérieur du crâne, peut-elle être confondue avec la phrénologie proprement dite?

3e *Question.*

Quelles sont les causes de l'ophthalmie militaire?

4e *Question.*

Quelle a été l'influence du système de Broussais sur la connaissance des maladies, et surtout sur les résultats du traitement?

5e *Question.*

Est-il permis de révoquer en doute l'existence de la monomanie homicide? La solution de cette question est d'autant plus importante, que les tribunaux l'ont en général décidée négativement, et malgré l'opinion bien explicite des médecins légistes les plus distingués. Dans le cas de l'affirmative, quels sont les moyens de la reconnaître?

6e *Question.*

Quelles sont les maladies dans lesquelles il y a évidemment altération primitive des liquides?

7e *Question.*

Quelle est la meilleure méthode opératoire pour la cystotomie?

8e *Question.*

Quel est le meilleur moyen hémostatique?

9e *Question.*

Faut-il, dans l'emploi de la ligature artérielle, se servir de fils ronds et fins, ou plats? Faut-il préférer la ligature circulaire ou celle par aplatissement? Y a-t-il quelque utilité à se servir de ligatures animales?

10e *Question.*

Peut-on guérir radicalement les hernies?

11e *Question.*

Quel est le degré d'importance à accorder aux faits nombreux que signalent les médecins homœopathes?

12e *Question.*

Parmi les productions des membranes muqueuses dans l'homme désignées sous le nom de follicules, de cryptes et de glandes, la portion abdominale des voies digestives a été plus souvent examinée que toute autre division, surtout en ce qui concerne les plaques des glandes de Peyer; cependant l'histoire de ces parties est encore très-imparfaite.

Les plaques des glandes de Peyer sont-elles des glandes, ou des follicules, ou tout autre organe?

A quelle époque de la vie apparaissent-elles? et quelle est leur génèse?

Enfin, quelle est leur durée, et quels sont les changemens qu'elles éprouvent dans l'état normal de la vie?

Pour répondre à ces questions, on aura recours, non-seulement aux observations faites sur ces parties dans leur état normal et pathologique chez l'homme, mais aussi à l'anatomie comparée.

Prix proposé par la Société royale de médecine de Marseille.

1° Le passage du choléra en France a-t-il suffisamment arrêté nos idées sur son mode de propagation, pour qu'on puisse déjà modifier quant à lui notre législation sanitaire?

2° Jusqu'à quel point nos idées sur la propagation du typhus, de la fièvre jaune et de la peste sont-elles modifiées par la grande épidémie dont la France vient d'être le théâtre et jusqu'à quel point est-il permis de modifier la législation relative au typhus, à la fièvre jaune et à la peste?

Instruction.

La Société royale, d'accord avec l'immense majorité des médecins français, regarde le choléra comme non contagieux. Cette conviction n'est pas obligatoire pour les concurrens; ils sont libres de soutenir à ce sujet l'opinion qui leur paraîtra la mieux prouvée.

Cependant il paraît incontestable à la Société royale que l'expérience en grand par laquelle la France et Marseille viennent de passer, a profondément modifié les idées relatives à la propagation des fléaux morbifiques, et particulièrement relativement à la propagation du choléra-morbus. La même expérience doit avoir acheminé les médecins à une définition plus précise des mots si importans et si controversés d'épidémie, d'infection, de contagion, de miasmes, etc.

La fièvre jaune et la peste étant moins près de nous, les inductions doivent être plus réservées; toutefois les idées relatives à la propagation de ces maladies elles-mêmes, ont été notablement modifiées par les travaux des médecins européens établis en Amérique, en Asie et en Afrique. Les concurrens devront juger la valeur de ces travaux et l'opportunité ou l'inopportunité des précautions hygiéniques proposées par les auteurs.

Un prix de 500 fr. sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire. Ceux-ci, écrits en français ou en latin, devront être adressés (francs de port) avant le 1er septembre 1837, à M. Girard, docteur en médecine, secrétaire général de la Société, rue Saint-Ferréol, n° 36.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

VAN MONS (CH.). Réflexions et observations sur la fièvre intermittente. 105

SEUTIN. Réflexions sur l'entorse et ses suites. 106

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

CANSTATT. Lettre à un médecin sur le typhus. 107

MARCQ. Quelques remarques sur la saignée dans l'apoplexie. 115

DUBOIS (F.). La Belgique médicale, ou notice sur la vie et les écrits des belges qui se sont distingués dans les sciences médicales. (SUITE.) 117

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Considérations sur la blépharophthalmie catarrhale des armées, qui règne épidémiquement parmi les troupes belges; par Burkard EBLE; traduit de l'allemand, sur le manuscrit de l'auteur, avec des notes, par J. A. VONKRIS et F. CUNIER, médecins attachés à l'armée belge. (Analyse par le Dr CANSTATT.) 123

Répertoire général des sciences médicales au XIXe siècle. Tome XI. (Analyse par M. le Dr FALLOT.) 126

CORRESPONDANCE. Réclamation de M. le Dr BRIXHE, de Liége, au sujet d'une assertion émise par M. Peetermans, dans son mémoire sur les moyens prophylactiques de la syphilis. 127

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

LABAT. Transposition complète des organes thoraciques et abdominaux. 147

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*Clinique de M. Lisfranc.*) De l'emploi du muriate de baryte contre les tumeurs blanches. 148

COLLÉGE DE FRANCE. (*Cours de physiologie expérimentale de M. Magendie.*) 151, 165, 176 et 183.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*M. Bouillaud professeur.*) Exposition de la méthode des émissions sanguines coup sur coup, pour justifier les reproches adressés à cette méthode. 152

RASPAIL. Théorie de la disposition relative des organes dans l'un et l'autre règne, ramenée à une cause unique et pour ainsi dire mécanique. 156

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*M. Bouillaud professeur.*) — Discours d'ouverture. — Du progrès en médecine. 157

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*Clinique de M. Lisfranc.*) Traitement consécutif des tumeurs blanches à l'état chronique. 159

PATHOLOGIE INTERNE. (*Cours de M. Andral.*) Leçons sur les maladies des centres nerveux. 160, 167, 170, 178 et 184.

BROUSSAIS. Leçons sur la phrénologie. 161, 163 et 175.

HÔPITAL DE GUY. (Londres.) Anévrysme fémoral; ligature de l'iliaque externe; dissection du membre dix-huit années après. 162

HÔPITAL DE L'ÉCOLE. (*Clinique de M. Rostan.*) Hémorrhagie cérébrale; encéphalite consécutive; nouvelle hémorrhagie moins considérable que la première; émissions sanguines générales et locales; révulsifs intestinaux; vésicatoire et séton à la nuque; guérison. 166

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*Clinique de M. Louis.*) Clôture des leçons cliniques. — Cas de pneumonie qui avait résisté aux émissions sanguines répétées et qui a cédé à l'emploi du tartre stibié à haute dose. — Avantages de la méthode numérique; réfutation des objections faites à cette méthode. 171 et 172.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*Clinique de M. Lisfranc.*) Carie du cinquième métatarsien; ablation de cet os et de l'orteil correspondant; accidens nerveux consécutifs; fièvre intermittente; symptômes de résorption purulente; abcès, guérison. 172

HÔTEL-DIEU. (*M. Chomel professeur.*) Gastrite aiguë, produite par l'ingestion de boissons alcooliques; traitement antiphlogistique; rapports entre l'état de la langue et celui de la muqueuse gastrique. 180

» Chorée compliquée de délire; saignées révulsives; bains frais. 181

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*Clinique de M. Lisfranc.*) Considérations cliniques sur l'entorse. *ib.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

GUISLAIN. De la débilité considérée dans les maladies nerveuses en général, et de l'emploi des toniques dans l'aliénation mentale en particulier. 135

TAILLEFER. Guérison remarquable d'une épilepsie. 143

MALGAIGNE. Observation de rectocèle vaginal, maintenu réduit par un pessaire spécial. 144

JOBERT. Mémoire sur les fistules vésico-vaginales, et sur leur traitement par une nouvelle méthode opératoire. 146

MARTIN-SOLON. Mémoire sur la nécessité d'employer l'ipécacuanha ou l'émétique dans le traitement de l'embarras gastrique. 153

MERCIER. Mémoire sur certaines perforations spontanées de la vessie, non décrites jusqu'à ce jour. 161 et 169

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

BARTHEZ. Observations et réflexions sur les abcès de la vulve. 81
CHEVÉ. Relation des épidémies de fièvre jaune qui ont régné à Gorée et à Saint-Louis (Sénégal) pendant l'hivernage de 1830. 85
ESTEVENET. Opération de la cataracte par extraction. — Nouvel instrument pour fixer le globe oculaire. 99

BULLETIN CLINIQUE.

HÔTEL-DIEU. (*Clinique de M. Piorry.*) Névralgie ascendante avec accès épileptique. — Névrite, hypernévrotrophie sur le lieu d'où partait la douleur. — Hémo-dermite varioleuse. — Entérite typhohémique. — Mort. — Nécroscopie. 35
HÔTEL-DIEU. (*Service de M. Breschet.*) Hydrocèle de la tunique vaginale et engorgement du testicule. 38
CARRON DU VILLARDS. Études cliniques sur la kératite scrofuleuse. 38

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

BILLERAY. Mémoire sur la contagion en général. (Suite et fin.) 51
DARRE. Tumeur cancéreuse au sein guérie sans opération. 51
Errata du précédent cahier. 52

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

LEVEILLÉ. Mémoire et observations sur l'apoplexie cutanée. 51
HATIN (F.) Histoire d'une affection typhoïde, épidémique, observée chez de jeunes enfans. (Suite et fin.) 57
Singulière maladie nerveuse. 61

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

MARC d'ESPINE. Description du col de l'utérus chez la femme jeune et nullipare ; influence de l'âge et des grossesses sur l'état du col examiné au spéculum. 79
BEAU. Recherches d'anatomie pathologique sur une forme particulière de dilatation et d'hypertrophie du cœur. 80
WILLIAM STOKES. Mémoire sur l'emphysème vésiculaire du poumon, et sur la paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme. 87

ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

FRANÇOIS D'IVERNOIS. Sur les centenaires et les conséquences à tirer de leur nombre plus ou moins grand. 23
LACHÈSE FILS. Observations et expériences sur les plaies produites par des coups de fusil chargés à poudre ou à plomb, et tirés à petite distance. 27

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

SANDRAS. De la méthode de raisonner qui convient à la science médicale. 57
CONSTANT. Nouveaux faits relatifs à l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine dans la pneumonie des enfans. 59
Du pied-bot antérieur, ou pied équin, et de son traitement par la section du tendon d'Achille. 62
FUSTER. Quelques considérations sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement des gastralgies. 64
PETREQUIN. De l'emploi de la glace et du lait dans le traitement des dilatations de l'estomac. 66
BOUDET. Observations sur l'eau de Seltz préparée avec la prétendue poudre de Seltz. 69
Formules de plusieurs préparations dont l'hippocolle est la base médicamenteuse. *ib.*

JOURNAL DE PHARMACIE.

LÖWIG. Recherches sur l'huile volatile de *spiræa ulmaria*. 49
HENRI ROSE. Sur l'apparition de lumière durant la cristallisation. 53
VOGEL. De la décomposition des sulfates de fer et de cuivre, au moyen de l'acide oxalique. 54
SOUBEIRAN. Nouveau traité de pharmacie théorique et pratique. (Analyse.) 56

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

LAURENT (Aug.). Sur l'acide naphtalique et ses combinaisons. 15
BERZÉLIUS. Quelques idées sur une nouvelle force agissant dans les combinaisons des corps organiques. 18
BOUSSINGAULT. Observations relatives à la pluie des Tropiques. 19
LECOQ. Quelques observations sur la formation de la grêle. 21
PELLIS. Description d'une trombe. 25

JOURNAUX DE MÉDECINE ÉTRANGERS.

THE LANCET.

WALLACE. Leçon clinique sur quelques cas particuliers de tétanos. 179
WALLACE. Leçon clinique sur les effets de l'hydriodate de potasse dans les affections fongueuses et cancéreuses. 183

LONDON MEDICAL GAZETTE.

WILLIAMS (CH. J. B.). Sur le diagnostic physique des maladies des valvules du cœur. 187
ROBERTON (J.). Sur la métrorrhagie secondaire. 191

GRAEFE U. WALTHER, JOURNAL FUER CHIRURGIE U. AUGENHEILKUNDE.

HEIDENREICH. Observations sur le diagnostic et le traitement du goître. 195
BENDZ. Quelques observations sur la mélanose. 196
GIETL. Sur les tubercules gonorrhoïques. 200
Sur le chlore et son emploi dans le traitement des maladies. 202
MEURER. Sur l'impossibilité de l'emploi interne du chlore. *ib.*
HERZOG. Sur l'emploi interne du chlore. *ib.*

WOCHENSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE, VON CASPER.

CASPER. Expectoration de concrétions membraneuses sans croup concomitant. 203
BAREZ. Observation de pustule maligne spontanée. 204

Guérison des fistules intestinales par le cautère actuel. 205
LIEBER. Exanthème scarlatineux de la langue. 206

RADIUS UND CLARUS, BEITRAEGE ZUR PRACTISCHEN HEILKUNDE.

SCHMALZ. Utilité du charbon animal dans le traitement de l'endurcissement et du carcinôme de l'utérus. 207

NEUE SAMMLUNG AUSERLESENER ABHANDLUNGEN ZUM GEBRAUCHE PRAKTISCHER AERTZE.

Pages.
Sur l'évacuation des matières grasses par les intestins. 209
BRIGHT. Observation d'une maladie du pancréas et du duodénum, accompagnée de l'évacuation de matière graisseuse par les intestins. *ib.*
BLOYD. Observation d'un ictère avec évacuation de matière grasse par les intestins et constriction du duodénum. 210
ELLIOTSON. Sur l'évacuation de matière graisseuse par les intestins et par les organes urinaires. 211

RUST MAGAZIN FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

MANDT. Résection d'une partie du rectum. 213

HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN.

NÆGELÉ. Sur un genre particulier de conformation vicieuse du bassin de la femme. 215

ANTOLOGIA MEDICA.

BERRA. Typhus charbonneux, occasionné par la morve des chevaux. 217

ANNIBALI OMODEI, ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

BAMALARI. Remarques sur les dégénérescences squirrheuses et cancéreuses de l'utérus. 221

REPERTORIO DEL PIEMONTE.

SACCHEO. Histoire d'une apoplexie de la moelle épinière et du cerveau. 222

MISCELLANÉES.

Cas de combustion spontanée partielle sans suites funestes. 223

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

JOERG. Le poumon fœtal chez l'enfant nouveau-né, considéré sous les rapports de la pathologie, de la thérapeutique et de la médecine légale. 81
KOECKLIN. Sur une maladie qui règne de nos jours parmi les renards, et sur la nature et les causes de la rage en général. 83
TTSCHETICKIN. Sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée russe. 84
NAUMANN. Les maladies de l'homme. *ib.*
CAMPAGNANO. Sur les effets thérapeutiques du froid dans les maladies inflammatoires de la poitrine. *ib.*
Dictionnaire de chirurgie et d'ophthalmologie; par les professeurs WALTHER, JAEGER et RADIUS. 85
RADIUS. Formulaire à l'usage des médecins et des chirurgiens, etc. *ib.*
Mémoire sur une nouvelle manière de pratiquer l'opération de la pierre, ouvrage posthume de DUPUYTREN. *ib*
OSBORNE. Sur les hydropisies considérées par rapport à la suppression des fonctions de la peau et par rapport à l'urine coagulable. 86
TRINQUIER. Système complet de médecine légale, utile aux médecins, aux avocats, jurés, administrateurs, etc. 87
Bulletin bibliographique. 88
Avis aux auteurs ou éditeurs d'ouvrages. *ib.*

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale de médecine. 89
Académie royale des sciences. 92
Société de médecine pratique de Paris. 93
Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 94
Société de médecine de Gand. *ib.*
Congrès scientifique de Liége. — Questions relatives aux sciences médicales. *ib.*
Société de médecine de Marseille. Prix proposé. 95